Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 14 czerwca 1879. № 24. Rok XVIII.

I. O wykrywaniu symulacyi ślepoty i niedowidzenia.

Podał Prof. **Lucyan Rydel.**

(Podług wykładu mianego na posiedzeniu komisyi sądowo-lekarskiéj Tow. lek. krak.)

Do najtrudniejszych zadań lekarza sądowego należy niewątpliwie orzekanie w przypadkach symulacyi, a podobno nie bardzo się pomylę twierdząc, że trudność zamienia się dla wielu lekarzy sądowych w istny kłopot, gdy mają orzekać w przypadkach podejrzenia o udawanie ślepoty lub niedoślepu, albo o przesadzanie istotnego niedowidzenia. Przyczyny tego upatrywać należy z jednéj strony w trudności samego zadania, z drugiéj jednak strony, i to przeważnie, w braku należytéj wprawy w badaniu okulistyczném w ogólności, a szczegółowo w niedostatecznéj znajomości sposobów i środków badania, służących do odkrycia istotnego stanu wzroku. Nieznajomość tę tłumaczy do pewnego stopnia stosunkowa rzadkość takich przypadków, przedewszystkiém atoli jak mniemam ta okoliczność, że źródła pouczenia się w téj mierze są dla lekarzy nieoddających się szczegółowo okulistyce trudno albo wcale nieprzystępne. Zwykle bowiem podręczniki okulistyczne nie zawierają żadnéj albo najczęściéj tylko bardzo pobieżną wzmiankę o tego rodzaju badaniach, a żądanie, żeby ogół lekarzy zaznajamiał się z niemi za pomocą czasopism specyjalnych, w których są rozrzucone, przechodzi miarę słusznych wymagań. To było powodem, że czyniąc zadość zaproszeniu szanownego Przewodniczącego, abym wziął udział w pracach nowo zawiązanéj komisyi sądowo-lekarskiéj, wybrałem za przedmiot dzisiejszego wykładu rzecz o sposobach wykrywania symulacyi ślepoty i niedowidzenia, lub przesadzania *(aggravatio)* ostatniego.

W wykładzie tym zamierzam przedstawić i choć parą doświadczeń objaśnić główne i najpewniejsze sposoby badania, stósowane w takich przypadkach, w formie o ile można najprzystępniejszéj, tak aby rzecz uczynić zrozumiałą nawet dla lekarzy mających choćby tylko jaką taką znajomość badania okulistycznego w ogólności. Jeżeli mi się przez to uda ułatwić zadanie lekarzy w odnośnych przypadkach, mniemam, iż przedsięwzięcie moje nie będzie zupełnie bezpożytecznėm, bo zadanie to, niekiedy bardzo trudne, należy niewątpliwie do nader ważnych i najzaszczytniejszych naszego powołania. Znawca bowiem zdzierając maskę z twarzy obłudnika staje w obronie prawdy, a rozjaśniając pochodnią nauki ciemne zaułki i kręte ścieżki, któremi złość i przewrotność dążą do dopięcia niecnego celu, wprowadza w nie panowanie prawa i sprawiedliwości.

Jak już wspomniałem przypadki tego rodzaju symulacyi nie są w ogólności zbyt częste, ale najczęściéj spotykają się z niemi właśnie lekarze sądowi i wojskowi; wydarzają się one także i w praktyce prywatnéj, ale stosunkowo najrzadziéj, jakto już z saméj natury pobudek wynika. Pobudką udawania w obec Sądu bywa żądza zemsty lub zysku, w wojsku i u popisowych chęć uwolnienia się od służby wojskowéj. W praktyce prywatnéj wydarza się symulacyja najczęściéj u młodych kobiet i u młodzieży szkolnéj, która od zużytych już wymówek paluszka i główki ucieka się niekiedy do wymówki okiem, prócz tego zaś skłaniają do niéj jeszcze chęć wyzyskiwania miłosierdzia lub osiągnięcia innych korzyści.

Bardzo wyjątkowo napotykamy udawanie zupełnéj ślepoty obu oczu z powodu, że rola jest zbyt trudną do odegrania. Najczęściéj mamy więc do czynienia z udawaniem ślepoty lub niedowidzenia jednego oka. Pierwsze wydarza się częściéj od drugiego, bo symulanci wiedzą, że przy próbach wzroku łatwo popaść mogą w sprzeczności, wolą więc udawać ślepotę zupełną.

Jeżeli ktoś utrzymuje, że na jedno oko jest ślepym, należy go zapytać przedewszystkiém, jak on to rozumie, mianowicie czy okiem tém uczuwa jeszcze światło lub czy téj zdolności zupełnie jest pozbawionym, innemi słowy, czy odróżnia jeszcze światło od ciemności. Następnie powinien lekarz zbadać oko rzekomo ślepe jak najdokładniéj tak zewnętrznie jako też za pomocą wziernika, celem przekonania się, czy niema zmian chorobowych, któreby przemawiały za prawdą

zeznań badanego. Najzupełniejszy brak zmian chorobowych nie uprawnia bynajmniéj do orzeczenia, że ślepota lub niedowidzenie jest udanėm, bo chociaż nie zbyt często wydarzają się przecież przypadki tak wrodzonego jako też nabytego niedowidzenia, a nawet zupełnéj ślepoty bez jakichkolwiek zmian anatomicznych, czy to gołém okiem czy za pomocą wziernika dostrzegalnych. Na szczególną uwagę zasługuje przy badaniu zachowanie się tęczówki na wpływ światła, bo na niém samém oprzeć możemy częstokroć stanowcze orzeczenie.

Wiadomo, że jeżeli w stanie prawidłowym wpuszczamy do jednego oka naprzemian to większą to znów mniejszą ilość światła, źrenica zwęża się w razie pierwszym a rozszerza w drugim, nie tylko w tém ale i w drugiém oku. Już z oddziaływania źrenicy w obu oczach wynika, że ruch ten nie jest skutkiem bezpośredniego zadrażnienia tęczówki przez światło, ale odruchem wywołanym w ten sposób, że światło drażni siatkówkę; podrażnienie to przenosi się po włóknach nerwu wzrokowego aż do mózgu, gdzie (działając na pewne jego części wznieca właściwe czucie) za pośrednictwem ośrodka odruchowego przerzuca się na włókna obu nerwów okoruchowych zaopatrujących (za pomocą nerwów rzęskowych) zdziergacze źrenic [1]).

Aby więc podnieta światła wywołać mogła zwężenie się źrenicy potrzeba, żeby siatkówka wrażliwą była na nią, a nerw wzrokowy przeniósł to wrażenie aż do ośrodka odruchowego, żeby następnie podrażnienie jego udzieliło się włóknom nerwu okoruchowego, a te przeprowadziły je aż do zdziergacza źrenicy, żeby wreszcie ruchów tęczówki nie tamowały jakiekolwiek przeszkody w niéj saméj lub jéj brzegu źrenicznym. Z tego wynika, że wszelkie zmiany chorobowe pozbawiające którąkolwiek z wymienionych części zdolności spełnienia swojego zadania sprawić muszą, że światło pozostanie bez wpływu na rozmiary źrenicy oka badanego, ale mimo to światło działające na drugie zdrowe oko wywoła zwężenie źrenicy oka nawet zupełnie ślepego, byle tylko wszystkie części jego przyrządu odruchowego odbywały swoją czynność należycie.

Taka zawisłość ruchów tęczówki od światła sprawia, że źrenica oka zupełnie oślepłego w skutku zmian chorobowych w jego siatkówce lub nerwie wzrokowym nie traci swojéj ruchomości ani nie staje się szerszą od źrenicy oka zdrowego, ale rozszerza się mocno, gdy to ostatnie zasłonimy, a zwęża w tym samym stopniu jak druga, gdy do oka zdrowego wpuścimy światło.

Pomijając inne wpływy zwężające źrenicę, które nas tutaj nie obchodzą, pamiętać jednak musimy, że źrenica zwęża się również, gdy osie widzenia przybierają kierunek zbieżny, gdy więc oko zwraca się ku wewnątrz. Zwężenie następuje przy tém chociażby w téj chwili oczy były zacienione, a więc zupełnie niezawiśle od podniety światła. Skurcz zdziergacza źrenicy jest w tym razie współruchem wywołanym przez kurcz mięśnia prostego wewnętrznego, a odbywa się i wtenczas, gdy jedno lub nawet oba oczy są całkiem ślepe. Współruch ten wymaga, żeby podczas badania, jak się tęczówka zachowuje na wpływ światła, oczy były zupełnie nieruchome, inaczéj bowiem moglibyśmy zwężenie się źrenicy przypisać błędnie wpływowi światła, podczas gdy ono mogłoby nastąpić li tylko skutkiem zwrócenia oka ku wewnątrz.

Znając dokładnie stosunki fizyologiczne dopiéro co wyłożone przystąpić możemy do zbadania, czy tęczówka zachowuje się odpowiednio do twierdzenia badanego, że oko jego pozbawione jest poczucia światła. W tym celu sadzamy go naprzeciw okna i zatykamy oko zdrowe ręcznikiem grubo złożonym tak, żeby światło nie miało do niego wcale przystępu. Według tego, co się pierwéj powiedziało, rozszerzą się teraz obie źrenice, ale już ze sposobu, w jaki się to rozszerzenie w oku odsłoniętém odbędzie, wnosić można, czy jego siatkówka jest wrażliwą na światło lub nie. W pierwszym bowiem razie rozszerzy się źrenica stosunkowo szybko ale tylko do pewnego miernego stopnia, w razie zaś ślepoty nastąpi rozszerzenie powolne, ale za to zwiększające się stopniowo aż do średnicy mniéj więcéj 5 mm. Wezwawszy następnie badanego, żeby oko rzekomo ślepe trzymał całkiem nieruchomo, zasłaniamy i odsłaniamy je kolejno dłonią lub książką tak, żeby na nie padał naprzemian to pełny cień to pełno światło, bacząc sami pilnie na zachowanie się przy tém źrenicy. Udający ślepotę odpowie oczywiście na stosowne zapytanie, że żadnéj nie dostrzega różnicy, że owszem ciemność jednostajna ciągle przed nim panuje. Zupełny brak oddziaływania tęczówki podczas tego badania dowodziłby stanowczo zupełnéj ślepoty, ale tylko w takim razie, gdybyśmy mieli pewność, że przyczyną tego nie są przeszkody w narządzie odruchowym, bo mimo największéj wrażliwości siatkówki na światło odruch tęczówki nie mógłby nastąpić, gdyby nerwy rzęskowe były porażone, lub gdyby przyczepiny tylne albo inne zmiany chorobowe w tęczówce tamowały jéj ruchy. Przypominam tutaj porażenie i zupełną nieruchomość tęczówki w jaskrze występujące, osobliwie w postaciach zapalnych tego cierpienia częstokroć już bardzo wcześnie, w okresie, w którym bystrość widzenia, przynajmniéj naośnego, może być jeszcze bardzo znaczną, jeżeli nie prawidłową; daléj rozszerzenie źrenicy, rzadko kurczowe *(Mydriasis spastica)*, częściéj porażenne *(paralytica)*, jako cierpienie samoistne, nareszcie sztuczne *(M. artificialis)* w skutku atropinu, który sobie symulanci niekiedy zapuszczają w celu wprowadzenia lekarza w błąd [1]). Ażeby usunąć wątpliwość, czy nieruchomość źrenicy nie jest wywołaną przez zmiany w przyrządzie odruchowym, odsłaniamy oko zdrowe, a przekonawszy się, że tęczówka jego oddziaływa należycie na światło wpadające wprost do niego, każemy się niém wpatrywać np. w palec trzymany w odległości 25 do 30 cm., a wtedy zasłaniamy i odsłaniamy oko rzekomo ślepe, a jeżeli teraz nie oddziaływa tęczówka oka zdrowego, mamy pewność, że ślepota drugiego oka nie jest udaną lecz rzeczywistą. Utwierdzi nas jeszcze w tém przekonaniu oddziaływanie tęczówki oka rzekomo ślepego na światło wpadające do drugiego. Jeżeli przeciwnie, wpuszczając naprze-

[1]) Jeżeli więc podczas wystawienia obu oczu na światło zasłaniamy jedno z nich, to nie tylko w tém ale i w drugiém oku źrenica się rozszerza, przybierając jednakże w obu tylko rozmiar pośredni pomiędzy tym, który odpowiada zasłonięciu, a tym który odpowiada odsłonięciu obu oczu, gdyż podnieta światła działającego tylko na jednę siatkówkę drażni ośrodki mózgowe o połowę słabiéj niż gdyby działała równocześnie na obie siatkówki.

[1]) Mocne rozszerzenie źrenicy oka rzekomo ślepego i zupełna jéj nieruchomość (na wszelkie wpływy) w skutku atropinu, zapuszczonego w celu oszukańczym, zamiast uśpić, wzbudzi raczéj podejrzenie lekarza, bo źrenica oka ślepego, którego przyrząd odruchowy jest prawidłowy, nie traci swéj ruchomości na inne bodźce, a światło działające na drugie zdrowe oko sprawia, że rozmiary obu źrenic są wprawdzie większe, ale mniéj więcéj jednakowe.

mian to większą to znów mniéjszą ilość światła do oka rzekomo ślepego dostrzeżemy w niém samém lub w drugiém zwężanie i rozszerzanie się źrenicy, będzie to w najwyższym stopniu za tém przemawiać, że oko badane ma przynajmniéj ilościowe poczucie światła, zazwyczaj tém lepsze im raźniejsze i mocniejsze będą ruchy tęczówki, nie da nam atoli bezwzględnéj pewności w téj mierze, a to z powodu, że chociaż bardzo wyjątkowo wydarzają się przecież przypadki, w których podnieta światła nie dochodzi do świadomości, a zatém nie wznieca właściwego czucia, a mimo to odruch tęczówki wywołuje. Przypadki takie tłumaczą się w ten sposób, że przewodnictwo utrzymało się w siatkówce, nerwie wzrokowym, ośrodku odruchowym i nerwie okoruchowym aż do żdziergacza źrenicy, podczas gdy jest przerwane między ośrodkiem odruchowym a uczuwającym światło. W pewnéj ilości takich przypadków znajdziemy, zwłaszcza po dłuższém trwaniu, badając wziernikiem jakieś zmiany chorobowe, najczęściéj mniéj więcéj wybitne oznaki zaniku nerwu wzrokowego, ale w wielu innych wynik badania będzie całkiem ujemny, a przecież sumienność nie pozwoli nam polegać na dostrzeżonym, choćby wcale wyraźnym odruchu tęczówki, jako na zupełnie pewnym i stanowczym dowodzie kłamliwości zeznań badanego [1]).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego.

(Odczyt miany na posiedzeniu Tow. lek. krak.)

Przez Dra **Zarewicza**,
prymaryjusza oddz. wener. i skórn.

(Dokończenie. Patrz Nr. 23.)

Również w przebiegu zmian otrzymanych po zaszczepieniu wydzieliny wrzodu stwardniałego lub kłykcin sączących osobom syfilitycznym, dopatrzyć się możemy znacznéj odmiany od znanego kolegom przebiegu szankra, który jak wiadomo odznacza się szczególniejszą w ustępowaniu uporczywością, zmiany bowiem te pozostawione własnemu losowi w krótkim czasie się goją. Pierwszą oznaką zbliżającego się polepszenia jest ustępowanie otaczającego zaczerwienienia, dno wrzodu staje się czyściejsze i mniéj ropą obłożone. W tych przypadkach, w których po szczepieniu wytworzył się ropień w skórze, uważano, że ilość wydzielającéj się za naciekiem ropy bywała mniejszą. Najbliższym dalszym przypadem jest rozpoczynające się od obwodu gojenie się. Gojenie to postępuje zazwyczaj szybko, tak iż w niektórych razach, z wyjątkiem tych zmian, które polegały na wytworzeniu się ropnia, w przeciągu 24 — 48 godzin uważano zupełne zabliźnienie się.

Polepszenie występowało w dniu 6tym trwania zmian, a zabliźnienie najczęściéj zdarzało się w dniu 8ym, w rzadszych tylko razach później. Szankier nigdy tak szybko się nie goi.

Najbardziéj jednak uderzająca różnica zachodzi między w mowie będącemi zmianami a szankrem, ze względu na zachowanie się ich przy przeszczepianiu na osoby syfilityczne, albowiem zauważyłem, że wydzielinę zmian po szczepieniu otrzymanych, a będących na szczycie swego rozwoju, nie zawsze można było przeszczepić temu samemu choremu; a często z kilku przeszczepień na chorym równocześnie dokonanych pewna ich tylko część przyjmowała się.

Daléj uważałem, że wydzielina zmian przeszczepionych, przeszczepiona na inną osobę syfilityczną wcale się nieprzyjęła, podczas gdy ta sama wydzielina była jeszcze przeszczepialną w kilku kolejach na samym chorym.

Wydzielina z jednéj i téj saméj zmiany pochodząca, przeszczepiona samemu choremu w różnych czasach zachowywała się rozmaicie w swych skutkach, albowiem podczas gdy zmiany po wcześniejszém przeszczepieniu ograniczały się li tylko do zaczerwienienia, przeszczepienie w kilka dni późniéj i to w kilku naraz miejscach dokonane w jedném z nich przyjęło się i było jeszcze na innéj osobie syfilitycznéj przeszczepialném.

Różnica zatém polega głównie na zmienności w zachowaniu się tych zmian przy ich przeszczepianiu na osoby syfilityczne, która mimo woli naprowadzać nas musi na przypuszczenie, że prócz innych czynników na przyjmowanie się ich wpływa także sam teren, czyli indywidualność osoby szczepieniu poddanéj. Tego rodzaju zmiennością nie odznacza się szankier, gdyż dopóki znachodzi się w okresie niszczenia dopóty ropa jego bez względu na osobę lub miejsce przyjmuje się.

Zdaje mi się zatém, że jeżeli ze względu na wejrzenie przebieg i zachowanie się, pod względem przeszczepialności dosyć napotykamy różnic między szankrem a w mowie będącemi zmianami, należy je uważać za coś od szankra odrębnego.

Chcąc jednak rozstrzygnąć wątpliwości ostatecznie nasunąć się mogące, czy mimo wyżéj wykazanych różnic zmiany te nie są szankrami, postanowiłem przeszczepić je na osoby wolne od kiły.

W ogóle Boeckowi jak i innym w tym kierunku pracującym zarzucano, że na doświadczeniach ich nie można o tyle polegać o ile nie były one dokonywane na osobach wolnych od kiły; żaden jednak z nich nie starał się rozwiązać zadania w odnośnym kierunku. Wprawdzie Boeck odwoływał się do dwóch przez siebie obserwowanych przypadków, które jednak nie wytrzymały krytyki, już to ze względu na rozmaity rezultat szczepienia, jaki się w obu tych przypadkach

---

[1]) W dniu 19 marca b. r. wezwali mnie koledzy W. i L. na naradę do izraelitki 63-letniéj, która dostawszy w nocy z 16go gwałtownych bólów głowy z nudnościami i wymiotami ociemniała w ciągu popołudnia 17go na oba oczy tak zupełnie, że przy badaniu, które w 40 godzin po oślepnięciu przedsięwziąłem, nie uczuwała nawet mocno skupionego światła lampy. Mimo zupełnego braku poczucia światła na obu oczach oddziaływała na światło źrenica lewa wprawdzie słabo ale wyraźnie, prawa zaś wcale energicznie. Na szczególną atoli uwagę zasługiwało to, że kolejne zasłanianie i odsłanianie oka prawego wywoływało w oku lewém ruchy tęczówki równie mocne i szybkie jak w prawém, a znacznie mocniejsze niż światło działające wprost na oko lewe. Przeciwnie oddziaływała źrenica prawa tylko słabo na wpływ światła wpadającego do oka lewego. Przytaczam to spostrzeżenie dlatego, ponieważ Mauthner (*Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophth. für das Jahr 1876* str. 393) mówi, iż nie wie z własnego doświadczenia, jak się zachowuje źrenica oka zdrowego przy zasłanianiu oka ślepego w tych przypadkach, w których mimo zupełnéj ślepoty tęczówka oddziaływa na światło. Nawiasem wspomnę, że badanie wziernikowe wykryło zapalenie zastoinowe obu nerwów wzrokowych, tudzież że przy drugiéj naradzie w dwie doby po pierwszéj chora czytała każdém okiem średni druk hebr. i poznawała wszystkie trzy skazówki zegarka kieszonkowego. Dalsze losy téj choréj nie są mi wiadome.

okazał, już też że szczepienia te dokonane zostały przez osoby nieświadome rzeczy, bo przez same chore, i to skrycie, a zatém bez żadnego nadzoru lekarskiego, a w końcu także i z tego względu, jak to prof. Auspitz bardzo słusznie zauważył, iż źródło szczepienia nie jest dokładnie podaném.

Przeszczepienia zmian otrzymanych tém bezpieczniéj dokonać mogłem na osobach wolnych od kiły, iż opierając się na słusznych wywodach wspartych na licznych moich obserwacyjach, wyrobiłem sobie to pewne przekonanie, że zmiany wywołane przez szczepienie osobom syfilitycznym wydzieliny wrzodu stwardniałego lub kłykcin sączących są tworami natury czysto zapalnéj, a jako takie nieszkodliwe.

Rzeczywiście wynik tych doświadczeń czynionych na osobach wolnych od kiły był we wszystkich przypadkach ujemnym, a jest on tém więcéj uderzającym, o ile równocześnie, że tak powiem, kontrolujące szczepienia tą samą wydzieliną na osobach syfilitycznych dokonywane, dawały przeważnie wynik dodatni.

Jeżeli zatém, wracając do przedmiotu, szanker przeszczepiony wywołuje zawsze tylko szankra, wrzód zaś stwardniały albo całkiem jest nieprzeszczepialnym, albo téż w razie gdy się przyjmuje wywołuje w miejscu szczepienia zmiany natury zapalnéj z krótkotrwałym przebiegiem, nie mające dążności do szerzenia się i nieprzeszczepialne na osobach wolnych od kiły, wynika zatém z tego, iż we własności przeszczepialności szankra upatrywać należy koniecznie jeden jeszcze przypad więcéj wyróżniający go od wrzodu stwardniałego.

Okoliczność ta, że po przeszczepieniu wydzieliny wrzodu stwardniałego na samym chorym otrzymujemy pewnego rodzaju zmiany, nie powinna wpłynąć na wytworzenie sobie mylnego poglądu na sprawę chorobową, skoro się zważy, że najnowsze doświadczenia pp. Emila Vidala i Donauda wykazały, że liszaj napletkowy może być również niekiedy na samym chorym przeszczepiony, doświadczenia zaś prof. Kaposiego dowiodły, że ropa zdjęta z krost towarzyszących świerzbowi lub zwykłego trądzika zaszczepiona tak osobom syfilitycznym jak i niesyfilitycznym jest w stanie wywołać krosty w dalszych kolejach przeszczepialne. Opierając się więc na wywodach prof. Boecka i jego zwolenników należałoby równém prawem zmianom, o których co tylko wspomniałem, przypisać pewną z wrzodem stwardniałym lub szankrem wspólność, na co się zapewne nikt nie zechce i nie może zgodzić.

Z powyższego zatém wynika, że przeszczepienie szankra ma swą wartość dyjagnostyczną, jeżeli tylko zechcemy uwzględnić zmiany, jakie po przeszczepieniu otrzymujemy.

Tyle co do przeszczepialności szankra i wrzodu stwardniałego; obecnie zaś wypada nam powrócić do wyróżniania zmian, które możnaby uważać za szankier.

Mówiłem, że ekskoryjacyje towarzyszące zwykłemu zapaleniu napletka i żołędzi jakoteż zapaleniu sromu, jak niemniéj ekskoryjacyje po liszaju płciowym, ze względu, że zazwyczaj utrata tkanek jest bardzo nieznaczną, mogą być łatwo brane za wrzód stwardniały.

W przeważnéj liczbie tego rodzaju zboczeń w istocie tak się dzieje, nieraz jednak zmiany te okazują znaczniejszą utratę a wtenczas mogą one być również tak podobne do szankrów, iż nieraz bardzo trudno odróżnić je od takowych. Dlatego téż chciałbym obecnie w kilku słowach zwrócić uwagę szan. kolegów na przypady, według których w odróżnianiu tych cierpień kierować się należy.

Zmiany te ze względu na ilość i jakość wydzieliny w niczém nie różnią się od szankrów, w obu bowiem razach wydzielina jest obfitą i ropną; natomiast dno ich jest gładkie, a brzegi wcale nie okazują tych cechujących podminowań, jakiemi się szankry odznaczają, a które są wyrazem ich dążności do szerzenia się w obwodzie; daléj wypada mi zwrócić uwagę kolegów na świeżo wytwarzające się zmiany w obwodzie zmian starszych położone, które bądź jak przy szankrze przez dobrowolne przeszczepienie się powstały, bądź téż wytworzyły się w sposób cierpieniom tym właściwy. Otóż jeżeli w wątpliwych razach baczną zwrócimy uwagę na zmiany w obwodzie świeżo powstałe, zauważymy, że jeżeli mamy przed sobą zmiany do liszaja płciowego, zapalenia napletka lub zapalenia sromu odnoszące się, zmiany te przedstawiają się nam jako powierzchowne ekskoryjacyje o nieregularnych obrysach, w przeciwnym razie, tj. jeżeli zawdzięczają one powstanie swoje szankrowi, okazywać będą małe wrzodziki przedstawiające stosunkowo do swoich rozmiarów niezwykłą utratę i zaczerwienienie otaczającéj je błony śluzowéj.

Przy odróżnianiu liszaja płciowego od szankra baczyć również należy na szczegóły, które uwydatniłem już przy odróżnianiu go od wrzodu stwardniałego.

Przebieg tych cierpień jest stosunkowo znacznie krótszym, przy nieznacznych nawet zabiegach terapeutycznych, niż przebieg szankrów; najważniejszą jednak cechą wyróżniającą cierpienia te od siebie, jest własność przeszczepialności szankra, o któréj co tylko kolegom mówiłem.

Gruczoły pachwinowe tak przy szankrze, jak i przy omawianych zmianach, bywają albo wcale nie zajęte, albo téż, jak np. przy szankrze, zropiawszy przeobrazić się mogą na charakterystyczne wrzody szankrowe. Podobnie jak poprzednie cierpienia, tak i kłykciny sączące pod postacią już to odosobnionych już téż zlewających się guzów występujące, mogą na swéj powierzchni rozpadać się i tworzyć do szankrów zbliżone wrzody.

Owrzodzone kłykciny sączące tém się jednak różnią od szankrów, że okazują zawsze wyniosłe i spadziste brzegi, a dno gładkie, w obwodzie zaś otoczone są nierozpadłym jeszcze szarym naciekiem kłykcin sączących; kształt tych wrzodów jest nieregularny, często wrzynają się one pomiędzy zlane ze sobą kłykciny sączące, tworząc tém samém szczeliny, kryjące na dnie swoim głębokie wrzody. W obwodzie tych owrzodziałych kłykcin zawsze jeszcze odszukać możemy odosobnione lub zlewające się nierozpadłe jeszcze kłykciny sączące, które znakomicie rozpoznanie ułatwiają.

Daléj uwzględnić należy, że w każdym przypadku kłykcin sączących jesteśmy w stanie wykryć jeszcze inne przypady obecnéj kiły, jak np. równoczesną wysypkę, zmiany na błonach śluzowych lub innych częściach ciała, istniejący niekiedy jeszcze niezabliźniony wrzód stwardniały, lub co najmniéj powiększenie gruczołów chłonnych.

Różnice zatém między owrzodzonemi kłykcinami a szankrem zachodzące są tak wybitne, że przy małéj nawet wprawie każdy lekarz jest w stanie z łatwością odróżnić je od siebie.

W najnowszych czasach Dr. Martin zwrócił uwagę specyjalistów (w roczniku dla chorób kobiecych) na szczególniejszego rodzaju cierpienie syfilityczne szyi macicznéj, którego opis dlatego szan. kolegom w krótkości podaję, po-

nieważ według mego zdania cierpienie to mogłoby być uważane za wrzód stwardniały szyi macicznéj.

W okresie kiły drugorzędnym szyja maciczna może być bardzo często (48 razy na 100) siedzibą zmiany chorobowéj, odznaczającéj się najpierw przerostem téj części, a następnie dopiero jéj owrzodzeniem. W okresie kwitnienia cierpienia średnica szyi macicznéj jest znacznie powiększoną, jéj błona śluzowa jest fioletową i obrzękłą. Owrzodzenie, które najczęściéj zajmuje obie wargi (rzadziéj jednę tylko) jest gładkie, jakby warstwą pokostu pokryte, owrzodzenie jest powierzchowne a ropienie skąpe.

Owrzodziały syfilityczny przerost szyi macicznéj *(l'hypertrophie exulcérative)* nieokazuje nigdy przypadów zapalnych, ani też żadnych zboczeń czynnościowych macicy lub jajników. Występuje on średnio w 58 dniu, od czasu pojawienia się wrzodu stwardniałego licząc, a czasem poprzedza go gorączka „syfilityczna.“ Cierpieniu temu towarzyszy często równoczesny przerost migdałków, do którego cierpienie to jest najbardziéj zbliżoném. Współczesność obu tych cierpień zauważano 31 razy na 47. Cierpienie to w stanie kwitnienia jest zaraźliwém, jednakowoż nie daje się przeszczepić na samą chorą. Ustępuje ono w 4 do 5 tygodniach przy leczeniu ogólném. Leczenie miejscowe ma tylko znaczenie podrzędne i samo nie usuwa cierpienia, jeżeli nie połączono go równocześnie z leczeniem ogólném. Dotąd niespotkałem się z tém cierpieniem, jakkolwiek ustawicznie za niém śledzę; nie zdaje się zatém być tak częstém, jak autor twierdzi, dlatego też wstrzymuję się od podania kolegom cech wyróżniających je od wrzodu stwardniałego.

Najbardziéj podobnemi do wrzodu stwardniałego w głąb drążącego lub wreszcie do szankra są zmiany, które zaliczamy do późniejszych okresów kiły. Zmiany te znachodzą się u mężczyzn na wewnętrznéj stronie napletka, na żołędzi lub szczególniéj w rowku wieńcowym żołędzi, a u kobiet w okolicy spoidła dolnego, lub na wewnętrznéj stronie warg wstydliwych mniejszych lub większych. Z miejsc tych szerząc się na sąsiednie części mogą zajmować w rzadszych i złośliwszych razach znaczne przestrzenie. Występują one pod postacią odosobnionych lub zlewających się guzków lub guzów *(tubercula syphilitica)* płaskich, ściśle ograniczonych, mało co lub wcale niebolesnych, nieodznaczających się żadnemi przypadami zapalnemi, barwy czerwono-brunatnéj, konsystencyi zbitéj. Zmiany te odpowiednio leczone ustępują dość łatwo, nieleczone jednak, lub co gorsza, wystawione na szkodliwe wpływy, przeobrażają się na wrzody mniéj lub więcéj do wrzodu stwardniałego lub szankra zbliżone. W tym okresie przedstawiają się one jako płytsze lub głębsze owrzodzenia o brzegach spadzistych, dnie gładkiém, szaro-żółtą ściśle przylegającą wypociną pokrytém; podstawę ich stanowi nierozpadły jeszcze naciek, dlatego też konsystencyja jéj jest zbitą. Wrzody te tak samo jak guzy, z których powstały, nieodznaczają się niemal żadną bolesnością i w zwykłych razach nie towarzyszą im żadne przypady zapalne. Kształt wrzodów odpowiednio do pierwotnéj zmiany jest zazwyczaj okrągłym z wyjątkiem tych przypadków, w których zmiany blisko siebie ułożone zlewają się w jednę całość. Nie wspominam kolegom o znacznych spustoszeniach, jakie te zmiany w pewnych rzadszych przypadkach wywołać mogą, gdyż już sam widok takowych jest w stanie naprowadzić nas na prawdziwą drogę.

Z przedstawionego opisu powziąść możecie koledzy przekonanie, że opisane zmiany są bardzo podobne do wrzodu stwardniałego w głąb drążącego, albowiem tak ich brzegi jakotéż i dno w niczém się nie różnią od dna i brzegów wrzodu stwardniałego, podstawa w jednym i drugim przypadku jest zbitą, jedyną jednak zmianą wyróżniającą je od wrzodu stwardniałego, jak to mogliśmy zauważyć, jest brak odpowiedniego cechującego wrzód stwardniały zajęcia gruczołów pachwinowych; nie mogę jednak zamilczeć, że czasem obok w mowie będących zmian wyśledzić możemy w jednéj lub obu pachwinach powiększone gruczoły, jako pozostały jeszcze zabytek po przebytym wrzodzie stwardniałym. Jedyną pewną dyjagnostyczną wskazówką mogą być nierozpadłe jeszcze guzki lub guzy obok powyżéj opisanych zmian się znachodzące, albo też objawy kiły późnéj w innych częściach ciała. W pewnych razach wywiady mogą nam oddać nieocenioną przysługę, szczególniéj gdy inteligentni chorzy zwracają uwagę naszą na poprzedzające już zmiany syfilityczne jako następstwo przebytego wrzodu stwardniałego. Aby odróżnić opisane zmiany od szankra, zwracam uwagę kolegów, z małemi odmianami, które sami sobie uzupełnić zdołacie, na to co dotąd mówiłem o wyróżnianiu szankra od innych zmian, dodając że przeszczepienie tych zmian stanowi nieraz jedyny dowód dyjagnostyczny, który w takich przypadkach tém doniośléjsze ma znaczenie, że, o ile mnie jest wiadomo, nieudało się dotąd nikomu przeszczepić na samym chorym zmian do kiły późnéj należących.

Trudném a czasem nawet zupełnie niepodobném, jak tego dowodzą znane przypadki w literaturze, jest odróżnienie wrzodu stwardniałego od raka nabłonkowego.

Przypady kliniczne zupełnie rozwiniętego raka nabłonkowego części płciowych są tak odmienne od wrzodu stwardniałego, że trudno przypuścić, aby można jedno cierpienie uważać za drugie. O wyróżnianiu zatém takiego raka nie będę mówił. Jeżeli jednak mamy przed sobą rozpoczynającego raka nabłonkowego części płciowych, natenczas odróżnienie go od wrzodu stwardniałego, jakkolwiek pod każdym względem bardzo ważne, napotykać może na niepokonane trudności.

Rak nabłonkowy części płciowych występuje najczęściéj pod dwojaką postacią, albo jako rak płaski *(der flache Epithelialkrebs)* albo pod postacią raka w głąb drążącego *(die tiefgreifende Form des Epithelialkrebses)*; pamiętać jednak należy, że rak płaski odznaczający się przeważnie łagodnym jakkolwiek długotrwałym przebiegiem, z czasem przybrać może charaktery raka w głąb drążącego a wtenczas odznacza się właściwą téj formie złośliwością. Tylko te dwie postacie mogą być w początkach brane za wrzód stwardniały, dlatego o trzeciéj postaci, pod którą rak na częściach płciowych może się pojawiać, jako więcéj do brodawkowatych wybujałości zbliżonéj, również nie będę mówił. Siedzibą raka nabłonkowego części płciowych jest najczęściéj napletek lub żołądź, a u kobiet wargi wstydliwe większe, zkąd szerząc się na sąsiednie części sprowadzić może z biegiem czasu kolosalne spustoszenia.

Dla łatwiejszego zrozumienia rzeczy przypomnę kolegom, że rak płaski rozpoczyna się od jednego lub kilku obok siebie ułożonych guzków drobnych, bo do wielkości główki od szpilki dochodzących, połyskujących, przeświecających, barwy szaro-białéj lub blado-różowéj, konsystencyi twardéj; treść z tych guzków wyciśnięta przedstawia się jako szarobiała kuleczka o powierzchni drobno ziarnistéj, łatwo między palcami rozetrzeć się dająca, a pod mikroskopem zbadana przedstawia się nam jako komórki przybłonka zbite, dośrod-

kowo do siebie ułożone. Powierzchnia tych guzków łatwo się rozpada, szczególniéj jeżeli narażoną jest, jak to ma miejsce na częściach płciowych, na zewnętrzne wpływy szkodliwe; wtenczas przedstawia się nam ekskoryjacyja lub powierzchowny wrzód o brzegach spadzistych, płaskich, powierzchni ciemno-czerwonéj, lekko ziarnistéj, łatwo broczącéj, wydzielający ciecz skąpą, kleistą, łatwo usychającą. Podstawa wrzodu twarda, otaczające tkanki, jakkolwiek również naciekłe, są na pozór albo wcale niezmienione, albo pokryte drobnemi guzkami, o których wspomniałem. Szerzenie raka następuje w ten sposób, że w pobliżu wrzodu lub ekskoryjacyi wykwitają świeże guzki, które rozpadając się zarówno jak i pierwsze przyczyniają się w ten sposób do zajmowania większych obszarów. Postać ta raka nie cechuje się bolesnością, gruczoły odpowiednie limfatyczne bywają zazwyczaj niezajęte, a przebieg jego, dopóki ogranicza się do szerzenia się tylko w płaszczyźnie, jest bardzo powolny i stosunkowo łagodny. Rak ten może się od środka goić, co jednak nie przeszkadza mu wcale w szerzeniu się w obwodzie. O wiele częstszym jest jednak przebieg taki, że rak nabłonkowy, który płaskim zwiemy, przy równoczesném szerzeniu się w płaszczyźnie drąży w głąb, tworząc w ten sposób rozległe i głębokie nacieki zespojone z tkaninami pod nim ułożonemi. W ten sposób rak płaski przybiera charaktery i znaczenie raka złośliwego. Jeżeli rak w głąb drążący, albo inaczéj guzowatym zwany (*knotige Infiltration oder tiefgreifender Epithelialkrebs*) od początku jako taki występuje, wytwarzają się na powierzchni tkanek guzki blizko obok siebie ułożone, lekko albo wcale nad powierzchnię nie wyniosłe, do wielkości grochu dochodzące. Jeżeli skórę chorobowo zmienioną w fałd palcami ujmiemy, przekonać się możemy, że guzki te głębiéj sięgają, aniżeli to przypuścić można było, sądząc z ich wejrzenia. Guzki te powiększając się zlewają się z sąsiedniemi w większe guzy i tworzą (obok równoczesnego wytwarzania się w obwodzie świeżych guzków) tym sposobem rozległe, guzowate, gładkie, połyskujące, różowe lub sino-czerwone obrzęki, daleko w głąb sięgające. Czasem obrzęki te w środku posiadają pępkowate wciągnięcie; konsystencyja ich jest twardą. Ostatecznie po miesiącach lub latach rak rozpada się, przeobrażając się na wrzód wydzielający ciecz posokowatą lub ropiastą. Gruczoły w raku tym z biegiem czasu stale bywają zajęte, a oprócz tego u mężczyzn często towarzyszy im guzowate, twarde zgrubienie grzbietnego naczynia limfatycznego prącia. Nowotworowi temu towarzyszą znaczne bóle przeszywające, które chorego szczególniéj w nocy trapią. Przebieg nowotworu jest powolnym.

Z powyższego krótkiego opisu mogliście się koledzy przekonać, jak wielkie podobieństwo zachodzić nieraz może między wrzodem stwardniałym a rakiem nabłonkowym części płciowych, szczególniéj gdy tenże występuje pod postacią płaskiego raka nabłonkowego. Na wstępie jednak wspomniałem już, że łatwość brania jednego z tych cierpień za drugie szczególniéj możebną jest w początkach, i dlatego też z téj zasady wychodząc w opisywaniu uwzględniłem przeważnie tylko początkowe okresy nowotworowe.

W odróżnianiu raka nabłonkowego od wrzodu stwardniałego uwzględnić przedewszystkiém należy długotrwały przebieg nowotworu, a tém samém jego powolne, nieraz kilku lat wymagające, powiększanie się. Daléj uwzględnić należy zupełny brak zajęcia gruczołów chłonnych w raku nabłonkowym płaskim, mimo jego długotrwałego przebiegu, a znakomicie późniejsze zajęcie takowych z równoczesném nieraz zgrubieniem guzowatém naczynia limfatycznego grzbietnego prącia w raku w głąb drążącym, w przeciwieństwie do szybkiego charakterystycznego zajęcia gruczołów przy wrzodzie stwardniałym. W danym przypadku cechujące szare, przeświecające guzki w raku płaskim, lub guzy w raku w głąb drążącym w obwodzie nowotworu ułożone, mogą być przypadem wyróżniającym niezrównanéj wartości; podobnych bowiem zmian nigdy nie napotykamy przy wrzodzie stwardniałym. Uwzględnić wreszcie należy bóle przeszywające właściwe rakowi pod drugą postacią występującemu, bóle, które z powodu ciągłéj bezsenności, na jaką jest narażony chory, doprowadzają go do szybkiego wyniszczenia. Nie małą rolę odgrywa także wiek chorego, w przeważnéj bowiem liczbie przypadków rak nabłonkowy występuje zazwyczaj po 40tym roku życia; wydarzyć się jednak mogą aczkolwiek nader rzadko przypadki raka nabłonkowego, jak to sam obserwowałem i pod drobnowidem stwierdziłem, w wieku młodzieńczym. W niektórych razach dłuższa obserwacyja chorego i leczenie pouczyć nas mogą o przyrodzie cierpienia, albowiem w pierwszém razie powinny wystąpić znane kolegom przypady zakażenia kiłowego ogólnego, w drugim zaś przypadku rtęć wewnętrznie podana winna zupełnie usunąć cierpienie, gdy przeciwnie w raku nabłonkowym podobne leczenie nie zdoła odnieść najmniejszego skutku.

Gdyby jednak mimo uwzględnienia wszelkich możliwych podstaw rozpoznanie ulegało jeszcze wątpliwości, natenczas badanie drobnowidowe jest w stanie usunąć takowe, dlatego też w żadnym przypadku, zdaniem mojém, przed przedsięwziąć się mającym zabiegiem chirurgicznym, nie należy pomijać tego ostatecznego dowodu, gdyż znane są przypadki wycinania wrzodów stwardniałych w mniemaniu, że miano do czynienia z nowotworem.

Prócz opisanych zmian mogą znachodzić się jeszcze na częściach płciowych tak u mężczyzn jak i u kobiet inne zmiany chorobowe, jak np. czyraki, ograniczone ropnie, krosty świerzbownika lub wreszcie rozmaite cierpienia skóry, o których li tylko dlatego nie wspomniałem, że ze względu na znamiona i przypady im towarzyszące różnią się znacznie od wrzodów wenerycznych.

Z tego, o czém dotychczas mówiłem, mogliście szan. koledzy przekonać się, że jakkolwiek w przeważnéj liczbie przypadków wrzodów wenerycznych jesteśmy w stanie z łatwością odróżnić takowe od cierpień innéj natury będących, o tém jednak przekonaliśmy się równocześnie, że każdy lekarz spotykać się może z przypadkami, w których, mimo najskrupulatniejszego badania, nie jesteśmy w stanie rozpoznać na razie cierpienia, zwłaszcza tam, gdzie na pojedyńczy zrazu przypadek składały się rozmaite poniekąd szkodliwe wpływy. Dlatego też przy rozpoznawaniu wrzodów wenerycznych zachować należy tę ostrożność, ażeby nigdy nie polegać wyłącznie na jednym tylko przypadzie chorobowym i jedynie z niego chcieć wnioskować o istocie zmiany chorobowéj, lecz przeciwnie wszędzie i zawsze uwzględnić należy zbiór wszystkich przypadów wzajemnie się dopełniających i na nich dopiero opierać swoje rozpoznanie. Gdyby jednak mimo to pozostawała jeszcze najmniejsza wątpliwość, należy się, szczególniéj w przypadkach sądowolekarskich, dopóty wstrzymać z ostateczném orzeczeniem, dopóki dalszy przebieg nie potwierdzi rozpoznania naszego.

III. Oceny i sprawozdania.

A. Fournier. **La syphilis du cerveau**. Leçons cliniques recueillies par E. Brissaud. Paris 1879. G. Masson, éditeur. 8ka, str. 654.

Wśród powodzi świeżych dzieł i rozpraw lekarz praktyczny pragnący utrzymać się na stanowisku nauki i kierować się najnowszemi jéj zdobyczami trudne ma przed sobą zadanie, gdy mu chodzi o wybór dzieł mogących rzetelne przynieść korzyści. W celu też ułatwienia lekarzowi zadania przerzeczonego wydaje Ziemssen znany podręcznik szczegółowéj patologii i terapii, którego współpracownicy nie wstydzą się podawać owocu nie tylko swoich ale i cudzych doświadczeń i spostrzeżeń w formie potrzebom praktycznym jak najodpowiedniejszéj, pomni, iż tém swéj powszechności lekarskiéj większą bezwątpienia oddają usługę, niż wielu wrzekomych badaczy swemi pracami oryginalnemi tonącemi tak prędko a słusznie w falach zapomnienia. Ten to także zapewne miał cel przed oczyma Fournier podając nam w formie wykładów klinicznych obecny stan nauki o kile mózgu.

W 22 wykładach przechodzi autor wszystko, co tylko dla lekarza naukowego a zarazem praktycznego ma ważność rzeczywistą. I tak w pierwszym wykładzie podaje nam uwagi o przyczynach zmian kiłowych w mózgu, w 2gim i trzecim ich anatomiję patologiczną niewdając się słusznie w wątpliwe subtelności mikroskopowe niemające wagi dla klinika, ale wywodząc natomiast cenne dla patologii i terapii wnioski, jak wielorakość objawów klinicznych, nader rozmaity sposób łączenia się zboczeń czynnościowych układu nerwowego, zboczenia właściwe tylko kile i zwykłe. Tak np. uważa autor zmianę chorobową tętnic za sprawę swoistą, ale jéj następstwa za sprawę prostą, za skutek zmian w krążeniu bez względu na rodzaj ich przyczyny. Podział ten ma wagę praktyczną, bo jak możemy coś zdziałać przeciw zboczeniom czysto kiłowym, tak jesteśmy bezsilni przeciw ich następstwom.

W następnych wykładach zajmuje się autor rozmaitemi postaciami kiły mózgowéj dzieląc je na pierwotne czyli początkowe i następowe. Postacie pierwotne dzieli znów według ogólnych typów, do których stósują się z małym bardzo wyjątkiem prawie wszystkie przypadki chorobowe, na postacie 1) z bólem głowy, 2) nawałem, 3) padaczką, 4) utratą mowy, 5) zboczeniami umysłowemi, 6) porażeniem. Nad każdą z tych postaci zastanawia się autor obszernie objaśniając przedmiot mnóstwem szczegółów zaczerpniętych z własnéj praktyki i popierając swe uwagi przykładami treściwie przytoczonemi. Te właśnie przykłady wyróżniają nader korzystnie pracę Fourniera od podobnych prac autorów niemieckich, którzy lubując się w cytatach przywodzą historyje chorób tak obszernie i z tyloma nieraz drobnemi a dla głównego celu obojętnemi szczegółami, iż z pewnością nie każdemu chce się je czytać. Zrozumiał to dobrze Fournier, iż przykłady chorób obszerne nadają się raczéj do kazuistyki lub rozpraw z celem, że tak powiemy, drobniejszym, ciaśniejszym, ale w pracy mającéj za zadanie obznajomić czytelnika z obecnym stanem całéj ważnéj i wielkiéj sprawy patologicznéj nie są one na miejscu: powiększają objętość książki niepotrzebnie i nużą czytelnika, który czas tracąc na drobnych szczególikach może nieraz zapomnieć o rzeczy głównéj.

W 18tym wykładzie znajdujemy rzecz o postaciach kiły mózgowéj mięszanych, chwiejnych *(vagues)*, powikłanych i ogólnym stanie chorych podczas przypadków mózgowych.

W 19tym i 20tym wykładzie zajmuje się autor wpływem leczenia swoistego na chorobę twierdząc, że w jego braku kiła mózgowa postępuje ciągle naprzód i prowadzi do zmian organicznych. Pod względem przebiegu dwojakie rozróżnia przypadki: jedne, w których forma początkowa, np. porażenie połowicze, zostaje ciągle, stale i nie łączy się z innemi, drugie, w których choroba robi się ogólniejszą w mózgu, ponieważ łączy w sobie rozmaite zboczenia czynnościowe.

W przedostatnim wykładzie kreśli autor przebieg kiły: w jednych przypadkach powolny, w drugich prędki. Zakończenie kiły mózgowéj bywa trojakie: śmierć, wyzdrowienie zupełne, wyzdrowienie niezupełne. Pod względem statystycznym może autor na 138 przypadków dokładnie przez siebie postrzeganych podać zakończenie ostateczne w 90; z tych zakończyło się śmiercią 14 przypadków czyli nieco więcéj niż 15·5%, wyleczeniem zupełném 30 czyli 33%, wyleczeniem niezupełném z nieznacznemi pozostałościami 13 przypadków czyli przeszło 14%, wyleczeniem niezupełném z pozostawieniem ciężkich zboczeń w zakresie ruchu, zmysłów i czynności psychicznych 33 przypadki czyli blisko 37%. Daje to miarę ważności i niebezpieczeństwa kiły mózgu.

W ostatnim nakoniec wykładzie znajduje się terapiją: autor wychodzi i słusznie ze stanowiska, że leczenie kiły mózgowéj jest po prostu tylko leczeniem kiły zwyczajnéj zmienioném jedynie według osobliwszych tutaj warunków i że opiera się na użyciu dwóch czynników *(agents)* przeciwkiłowych tj. rtęci i jodku potasu.

Ze względu na ważność i niebezpieczeństwo choroby potrzeba koniecznie postępowania energicznego, a to wymaga, żeby działanie lecznicze stósować 1) jak najrychléj, 2) jak najmocniéj, 3) przez cały czas trwania przypadów mózgowych i to tak, żeby mimo przyzwyczajenia się doń ustroju działanie pierwotne utrzymywać ciągle w swéj mocy, 4) nakoniec przez pewien czas już nawet po zupełném zniknięciu wszelkich przypadków mózgowych dla otrzymania skutku trwałego.

Co do pierwszego, niema dziś żadnéj wątpliwości, iż im wcześniéj rozpocznie się właściwe leczenie, tém pewniejszym skutek. Na szczególną pod tym względem uwagę zasługują przypady ostrzegające *(prémonitoire)* jak ból głowy, zawrot, przelotne porażenia, napady padaczki, zboczenia psychiczne.

Co do drugiego, łączyć należy zawsze, gdzie się da, obydwa najenergiczniejsze leki przeciwkiłowe: rtęć i jodek potasu. Zdaniem Fourniera nie ma prawie ludzi, którzyby nie mogli znosić jodku potasu, osobliwie, jeżeli się go podaje w stósownéj formie, np. razem z pokarmami lub napojami. Pod względem ilości 3 gramy dziennie uważa F. za dawkę najmniejszą dla człowieka dorosłego, ordynuje atoli zwykle po 5 do 8 gramów dziennie. Co do rtęci, uważa F. zgodnie ze wszystkimi prawie nowszymi autorami, że wcierania są najlepszym sposobem jéj używania, zalecając szaruchę z początku po 5 gramów dziennie i dochodząc szybko do dziennéj dawki 8, 10 i 12 gramów. Jeżeli rtęć przez skórę czy inną drogą do ustroju wprowadzana ma skutkować, powinno się ją przepisywać w dawkach dużych. Tam, gdzie jak w kile mózgowéj niebezpieczeństwo jest wielkie, nie należy się bawić dawkami drobnemi.

Co do trzeciego, leczyć oczywiście trzeba przez cały

czas trwania przypadów mózgowych, ale tak, żeby leczenie przez przyzwyczajenie się ustroju nie traciło nic na swéj skuteczności. Z własnego doświadczenia doradza F. sposób następujący: przez pierwszych 6 do 8 tygodni dostaje chory równocześnie jod i rtęć, potém przerwa kilkodniowa, po przerwie przez 20 dni znów wcierania, po nich przez 20 dni jodek potasu, poczém znów wcierania itd. W ten sposób leczy się ciągle chorego i to energicznie i zapobiega przyzwyczajeniu do jednego lub drugiego leku a przez to właśnie otrzymuje skutek znaczniejszy.

Co do ostatniego, powinno się prowadzić leczenie przez pewien czas nawet już po zniknieniu przypadów mózgowych, raz dlatego, ponieważ kiła z przyrody swéj skłonną jest jak wiadomo do powrotów, powtóre, że wyleczenia rzeczywistego nie można z początku odróżnić od pozornego. Dopiero po latach takiego leczenia, oczywiście z przerwami po kilka miesięcy, gdy chory nie okazuje ani żadnych nowych przypadów ani powrotu dawniejszych, można mówić o uzdrowieniu.

Prócz głównych leków jak rtęć i jodek potasu wspomina Fournier o środkach pomocniczych. Środki te nie skutkują bynajmniéj przeciw właściwym zmianom kiłowym, lecz tylko przeciw ich następstwom, o ile te mogą być terapii dostępnemi. Użycie ich też opiera się na ogólnych zasadach terapii chorób układu nerwowego. Tak hidroterapija skuteczną jest szczególniéj przeciw postaci padaczkowéj kiły. Bromek potasu (w ilości od 4 do 6 gramów dziennie), makowiec i jego przetwory, chloral, nadają się przeważnie tam, gdzie chodzi o uspokojenie podwyższonéj chorobowo czynności układu nerwowego. Środki przeczyszczające mają znaczenie jedynie przeciw zaparciu stolca, elektryczność głównie w postaci prądu galwanicznego przeciw rozmaitym porażeniom.

Pod względem ogólnym zasługuje na uwagę higijena mózgowa tj. staranne unikanie wszystkiego, coby mogło w jakikolwiek sposób wpłynąć niekorzystnie na mózg a zatém nadużycia płciowe, praca umysłowa, zbytnia ilość pokarmów a osobliwie napojów wyskokowych, wszelkie w ogólności wzruszenia moralne i fizyczne.

Z przytoczonéj treści dzieła, o którém mowa, widać, że autor nie pominął niczego, co ma ważność kliniczną i daje dokładny obraz tak ważnéj choroby, jaką jest kiła mózgu. Dodajmy do tego loiczne i bystre przeprowadzenie zadania, jakie sobie autor założył, lekkie i eleganckie przedstawienie rzeczy, dla którego książkę Fourniera czyta się jakby powieść bez żadnego znużenia a przecież na każdéj stronnicy z wielką korzyścią, obrobienie, które tak korzystnie odbija od ciężkiego i niestrawnego stylu w pracach wielu znakomitych zresztą autorów niemieckich, a nabierzemy przekonania, iż autor znakomicie przysłużył się swém dziełem nie tylko nauce ale i praktyce, że pracę jego każdy lekarz, któremu postęp nie obojętny, przeczyta z pożytkiem przez poznanie nie tylko treści ale i formy i nabędzie zdania, że najzawilsze nawet kwestyje kliniczne można podać w postaci przyjemnéj, przechodzącéj od razu *in succum et sanguinem* czytelnika. *Domański.*

O żółtaczce noworodków i o wyborze chwili do podwiązania pępowiny przez Dra Poraka.

Sprawozdanie Dra A. Kwaśnickiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Daléj Porak zadaje sobie pytanie, czy ustrój noworodka ma istotną korzyść fizyjologiczną z przysporzenia mu w powyższy sposób krwi? Doświadczenia czynione w tym celu podzielił autor na 2 kategoryje: do pierwszéj zalicza te dzieci, które uległy krwotokowi, drugą zaś rozdrobił na dwie części, włączając do pierwszéj te dzieci, którym podwiązano pępowinę bezzwłocznie, najpóźniéj w 2 minuty po porodzie; część druga obejmuje przypadki podwiązania opóźnionego z wtłoczeniem do ustroju krwi łożyskowéj i pępowinowéj; podstawą tych badań było ważenie noworodków: dzieci, które w ciągu piérwszych 8, 9 lub 10 dni życia przybierają na wadze, lub nie tracą więcéj nad 200,0, stanowią pierwszą część spostrzeżeń Poraka, będącą w przeciwieństwie z drugą, do któréj należą utracające więcéj nad 200.0 w wyżéj oznaczonym terminie. Dziesięć przytoczonych przez autora spostrzeżeń dają wyniki jak najmniéj oczekiwane: noworodki, na których uskuteczniono podwiązanie opóźnione, pomimo obfitéj ilości krwi traciły na wadze i miały się nienajlepiéj; dzieci zaś, którym upuszczono tyle krwi, że odpowiedziałaby ona 2400·0 — 3000·0 upustowi człowieka dorosłego, były zdrowszemi i korzystniéj przedstawiały się na wadze; pozory więc już przemawiają raczéj za małym upustem, aniżeli za przysporzeniem krwi przez opóźnione podwiązanie, co zgadza się z pojęciami dawniejszych lekarzy (Levret); lecz czy nie istnieje droga pośrednia między upustem krwi noworodkowi, a wtłoczeniem mu takowéj z pępowiny i łożyska? Tablice podające w liczbach wyniki ważenia noworodków są bardzo pouczające: dzieci, którym upuszczono krwi, lub téż podwiązano pępowinę bezzwłocznie, wykazały 8, 9 lub 10 dnia po porodzie przybytek na wadze średnio 84,0, natomiast w przypadkach podwiązania opóźnionego średnio przybranie na wadze wynosi zaledwo 10·0; te liczby są pouczające. Tablice Poraka prowadzą do wniosków więcéj jeszcze szczegółowych a niemniéj ważnych: noworodek, któremu upuszczono krwi, mniéj przybiera na wadze, aniżeli ten, któremu podwiązano pępowinę bezzwłocznie lub w ciągu piérwszéj minuty po porodzie, najwięcéj przybierają na wadze te dzieci, którym uskuteczniono podwiązanie w ciągu drugiéj minuty po porodzie; należy więc uczynić wniosek *a posteriori*, że w końcu drugiéj minuty po porodzie ilość krwi w ustroju noworodka jest fizyjologiczną, i dla tego podwiązanie wcześniejsze lub późniejsze jest ze szkodą dla zdrowia i rozwoju jego. Porak kończy swe rozumowania następującém twierdzeniem: krew nie ma tego wielkiego odżywczego dla ustroju noworodka znaczenia, będąc sama w okresie przeobrażeń, jakie posiada dla dorosłego i mniejszém jest niebezpieczeństwem mały upust krwi, aniżeli nadmierne jéj przysporzenie ustrojowi noworodka.

Autor badał systematycznie zdrowie noworodków, na których uskuteczniono podwiązanie bądź bezzwłoczne, bądź opóźnione, udowadnia on tablicami, że dzieci, którym podwiązano pępowinę bezzwłocznie, mniéj ulegają żółtaczce, aniżeli te, na których zachowano metodę podwiązania opóźnionego. Wprawdzie, dodaje Porak, znane są przykłady silnéj żółtaczki po podwiązaniu bezzwłocznem i brak takowéj po podwiązaniu opóźnioném, lecz to tylko dowodzi, że czas podwiązania pępowiny jest jednym a nie jedynym powodem żółtaczki noworodków; autor spostrzegał również, że dzieci którym podwiązano pępowinę poczasie łatwiéj ulegają krwotokom, szczególnie wkrótce po porodzie.

Rozdział ten kończy autor następującą uwagą: nie istnieje jeszcze naukowa podstawa do wyboru chwili do podwiązania pępowiny, należałoby przedtém odpowiedzieć na py-

taniu, jaką ilość krwi winien zawierać ustrój noworodka i podług jakiego prawa fizycznego krąży krew w pępowinie w razie stosowania podwiązania opóźnionego; dalej ponieważ podwiązanie opóźnione naraża noworodka na podniesienie parcia ościennego w naczyniach, przeto Porak staje po stronie przeciwników téj metody, dodając, że należy uskuteczniać podwiązanie w chwili ustania tętnienia w tętnicach pępowiny; wreszcie, że nietylko jest rzeczą bezpieczną ale konieczną dokonać upustu krwi noworodkowi, jeśli objawy zamartwicy grożą jego życiu.

O przyczynach powstawania żółtaczki noworodków. Dla wyjaśnienia powstawania żółtaczki noworodków utworzono wiele teoryj, z których trzy następujące są najwięcéj wyznawane: pierwsza z nich tłumaczy rzeczony objaw nawałem krwi do skóry, druga wessaniem żółci, trzecia zboczeniami w składzie krwi.

Teoryja nawału, pomimo powagi Billarda, Andrala, Valleixa itd., upada pod naciskiem argumentów krytyki, przeto możemy ją wykluczyć z pod szczegółowego roztrząsania. Teoryja wessania żółci do krwiobiegu w skutek niedrożności zatkanego smółką przewodu pokarmowego jest pomysłu Baumesa, i opiera się o imię Virchowa, który się ogłosił jéj wyznawcą. Porak wcale nie twierdzi, jakby żółtaczka noworodków, zwłaszcza jéj postać złośliwa, nigdy nie była następstwem zastoin żółciowych: anatomija wykazała czopy śluzowe w przewodzie żółciowym, jego zwężenia wrodzone i niedrożność, zapalenie wątroby i żyły pępowinowéj itd.; lecz liczba noworodków, ulegających żółtaczce, wywołanéj przez powyższe przyczyny, jest zbyt małą w stosunku do ogólnéj cyfry dzieci, ulegających żółtaczce, i Porak spostrzegał na 250 przypadków żółtaczki noworodków tylko trzy razy zmiany anatomiczne, które wywołały wessanie żółci; mówiąc daléj o żółtaczce, niepochodzącéj z wessania żółci, stwierdza, że w moczu tych noworodków nie znaleziono barwików żółciowych; następnie wbrew zdaniu Leydena, podług którego żółtaczka objawia się w 48 godzin po przeszkodzie w obiegu żółci, zabarwienie żółte noworodków spostrzega się najczęściéj już w pierwszym dniu życia, autor wnosi, że tłumaczenie żółtaczki noworodków wessaniem żółci da się zastósować tylko do niewielkiéj liczby przypadków.

Czy więc żółtaczka noworodków nie polega na zmianach we krwi powstających? Już dawniéj opisano przypadki żółtaczki noworodków, któréj powstanie odniesiono do zaburzeń fizyczno-chemicznych we krwi powstałych; zaburzenia te polegały na takich przeobrażeniach składowych części krwi, których następstwem było wytworzenie się barwika żółciowego, badaniem moczu stwierdzonego; istnieją jednak takie zaburzenia, w których przeobrażenie chorobowe składników krwi nie dosięgają stopnia, przy którym wytwarza się barwik żółciowy, lecz zatrzymuje się na postaci przechodowéj, odznaczającéj się cechującym odczynem w moczu, a którą to postać Gubler nazwał hemafeizmem; Porak w dalszym ciągu rozprawy mówi wyłącznie o zmianach, prowadzących do wytworzenia hemafeiny we krwi, jako będącéj podług niego jedyną przyczyną żółtaczki noworodków, a na poparcie przytacza dowody, czerpane tak w dziedzinie anatomii, jak przy łożu chorego. Dla wyłuszczenia dowodów anatomicznych autor cofa się prac Virchowa z r. 1847 o zatorze moczowym noworodków; zator ten, podług klasycznego opisu Virchowa, ma wejrzenie czerwonych brózdek, odpowiadających cewkom moczowym nerek; drobnowid wykrywa barwne nacieczenie komórek przybłonkowych hematoidynem, który łatwo uważać za barwik żółciowy, lecz zebrawszy z moczu przybłonki zabarwione i poddawszy je działaniu potażu, który rozpuszcza osłonki komórek, a nakoniec poddając uwolniony barwik działaniu kwasu azotowego otrzymujemy następujące odczynowe zabarwienie: czerwono-brunatne, szkarłatne, ciemnofiolkowe i żółte lub też brunatnofiolkowe, niebieskie, jasno-brunatne; oddziaływanie powyższe jest odmiennem od oddziaływania barwików żółciowych na kwas azotowy. W r. 1859 Gobler wykazał analogiję i różnicę odczynu barwików żółciowych i hematoidynu; po dodaniu kw. azotowego w szeregu zabarwień, które ten odczynnik wywołuje w moczu zawierającym barwiki żółciowe, przeważa barwa zielona; jeśli zaś ma się w płynie badanym hematoidyn, góruje barwa fijołkowa.

Pierwszy Virchow zwrócił uwagę na liczne kryształki igiełkowate w zwłokach noworodków i odniósł je do przeobrażeń wstecznych krwi ogniskowo wynaczynionéj; Buhl (i inni) znalazł te kryształki w rozmaitych tkaninach zwłok noworodków i nazwał je nie hematoidynem lecz bilirubinem. Neumann rozjaśnia dalej tę sprawę; znajdował on te kryształki w naczyniach i tkaninach noworodków, które cierpiały na żółtaczkę, lecz jeśli śmierć nastąpiła po 6 dniu życia, kryształki te nie dały się wykryć; natomiast spostrzegał Neumann barwne skupienia żółci; autor ten słusznie nie uważa tych kryształków za sprawę pośmiertną, gdyż nie brakowałoby ich na zwłokach dzieci, które nie cierpiały na żółtaczkę noworodków, i dlaczegożby ich niebyło w zwłokach dzieci, które pomarły po 6 dniu życia? Klebs i Orth podają swe spostrzeżenia niemniéj ważne: Orth spostrzegał zatory moczowe w nerkach 37 noworodków, a w téj liczbie tylko u 26 znalazł kryształki igiełkowate w naczyniach, przeto najczęściéj i najobficiéj kryształki te skupiają się w nerkach.

Wszyscy powyżéj wymienieni badacze, pomimo pouczających wyników ich poszukiwań, i pomimo, że te wyniki zostawiły w ich umysłach wiele wątpliwości, idąc po ścieżce udeptanéj przez dawniejsze powagi, odnieśli żółtaczkę noworodków do zaburzeń w wątrobie i żółci, chociaż tych zaburzeń wykazać nie mogli, chociaż, jak naprzekór, w wątrobie tych kryształków zwykle najmniéj się znachodzi. Wprawdzie różnica odczynu barwika żółciowego i hematoidynu nie jest jeszcze uoczywistnioną bezwzględnie, lecz wszystko każe mniemać, że kryształki te pochodzą z barwika krwi; w płodzie zmacerowanym, którego krew, jakto zwykle bywa, ulega wstecznemu przeobrażeniu, kryształki igiełkowate wypełniają wszystkie tkaniny. (Dok. nast.)

Perkowski (Warszawa): **Nagłe i zupełne zaniewidzenie chorego, zaszłe w miesiąc po dokonaném odjęciu uda.**

A. S. lat 30, żołnierz z 33go Eleckiego pułku, otrzymał ranę kulą karabinową pod Eleną w listopadzie 1877. Pocisk dostał się w dolną trzecią część uda prawego, od tyłu i zewnątrz ku przodowi i wewnątrz tak, iż staw kolanowy musiał być pierwotnie otwartym, gdyż wylot pocisku a raczéj blizna po nim znajduje się na 3 palce ku wewnątrz od wewnętrznego brzegu rzepki. Dnia 8 czerwca 1878 przewieziono go z Odessy do szpitala Ujazdowskiego w Warszawie, a dopiero dnia 24 sierpnia na oddział Dra P., który przy sondowaniu rany 4 cale dłużéj a powyżéj przyczepu m. dwugłowego położonéj, stwierdził obecność próchnienia kości już przez poprzednich lekarzy rozpoznanego. Odnoga jest w kolanie zgięta pod prostym kątem. Staw kolanowy nie był za-

jęty, lecz bardzo zagrożony w skutek rozszerzającego się zapalenia w kości; a gdy po zmniejszaniu się smrodliwego ropienia gorączka nie opadła, pomimo rozległych nacięć bocznych, przypuszczano zajęcie stawu i wykonano amputacyję w dolnéj połowie uda, przyczém krwotok był nieznaczny, z powodu użycia oparki Esmarcha a opatrunek ściśle antyseptyczny.

Gojenie odbywało się jak najlepiéj, gdy nagle w miesiąc po operacyi począł się S. uskarżać na silny ból głowy w skroniach i po nad rzęsami, powieki wydawały się jakby ołowiane; źrenice były rozszerzone, zéz zewnętrzny; nazajutrz spostrzegł chory z przerażeniem że zupełnie nic nie widzi, osobliwie lewém okiem, gdyż w prawém pozostało przynajmniéj bardzo słabe poczucie światła. O godzinie 11 wymioty, w pół godziny późniéj napad wrzekomo-padaczkowy i bezprzytomność. Mocz cewnikiem odciągnięty był barwy wodojasnéj i zawierał znaczną ilość moczanów i ślad białka. Napady padaczkowate powtarzały się co pół godziny, wszystkich było pięć, a w chwilach wolnych od tychże nie zauważono śpiączki lecz przeciwnie niespokojność. Ciepłota wieczorna 39.1, tętno silne 84. Noc nader niespokojna, lecz bez napadów, które rano znów się pojawiły, chociaż nie w takim stopniu. Badanie wziernikiem okazało się niemożebném z powodu niepokoju chorego, tyle tylko stwierdzono, że w lewém oku było znaczne przekrwienie, w prawém zaś nic. W 48 godzin po zaniewidzeniu spostrzeżono znaczny przesiąk krwawy na opatrunku udowym, poczém wkrótce chory przewidział i oprzytomniał, lecz przypominał sobie tylko rzeczy przed odjęciem uda zaszłe, wszystkich innych po tym fakcie nie pamiętał. Powtórzono badanie wziernikiem, które wykazało: w lewém oku napływ krwi do siatkówki i wystérczanie tarczy nerwu wzrokowego; szerokość pola widzenia i dokładność są bardziéj ograniczone po stronie lewéj. W kilka dni powtórzył się jeszcze krwotok z rany amputacyjnéj, lecz i tym razem zatamowany został przez ucisk opaską Esmarcha; nadto wytworzyło się zapalenie do około żyły udowéj, co wszystko razem sprowadziło tak znaczne osłabienie chorego, że tenże ostatecznie zmarł i to mniéj więcéj w dwa tygodnie po zaniewidzeniu a w sześć po amputacyi.

Z protokółu sekcyjnego wyszczególnić wypada: 1) że w kikucie znachodziły się zatoki ropne wypełnione ropą otaczającą naczynia, że tętnica nie była nigdzie nadwerężoną i że w żyle znaleziono płyn ropno-krwisty a ściany zgrubiałe, kruche, miejscami jakby owrzodziałe. 2) W mózgu niedokrewność i obrzęk, w komórkach dużo płynu surowiczego; naczynia podstawy mózgu nie zawierały ani śladu zatorów. 3) W sercu nieznaczne zgrubienia zastawek i skrócenie włókien ścięgnistych. 4) W lewéj nerce zapalenie miąższowe. Przypady powyżéj opisane a mianowicie silne bóle głowy (podrażnienie pary piątéj) zéz ku zewnątrz (porażenie pary trzeciéj), zaniewidzenie i drgawki wyprowadza P. od ostrego obrzęku mózgowego *(hydrocephalus acutus)*, podobnie jak przypady te tłumaczą Traube i Leyden w przebiegu mocznicy. Że zaniewidzenia tego nie należało zaliczyć do owych form niedoślepu, które powstają w przebiegu ostréj niedokrewności, świadczy ten fakt, że właśnie ustąpiło ono równocześnie z pojawieniem się krwotoku z rany amputacyjnéj. *(Gazeta Lekarska* 1879. Nry 19, 20 i 22). *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XI. z dnia 2lgo maja 1879 roku.

Przewodniczący kol. Ściborowski. Obecnych członków czynnych 14.

1) Kol. Przewodniczący składa do biblijoteki rozprawę nadesłaną przez kol. prof. Korczyńskiego: „O skutkach fizyjologicznych i leczniczych wlewania do jelit większych ilości płynów“ przez Dra Emanuela Rosenblatta.

2) Kol. Kohn przedstawia chorą z wypadnięciem całkowitém macicy i pochwy *(prolapsus uteri et vaginae totalis)*, u któréj zamierza wykonać operacyję *(colpoperineoraphia)* obmyślaną i zalecaną przez Bischoffa; rękoczyn ten dotąd nie był jeszcze wykonywanym w Krakowie. Po dokonaniu operacyi kol. Kohn obiecuje przedstawić chorą Towarzystwu i podać dokładny opis operacyi z wykazaniem jéj wyższości nad sposobami operowania dotychczas używanemi. Na zapytanie kol. Obalińskiego objaśnia kol. Kohn niektóre szczegóły dotyczące operacyi sposobem Bischoffa.

3) Kol. Smoleński odczytuje opis trzech przypadków następstw przewlekłego zapalenia otrzewny spostrzeganych w klinice prof. Dra Korczyńskiego. (Będzie umieszczony w Przegl. Lek.) W dyskusyi kol. prof. Oettinger zapytuje o szczegół uboczny, dotyczący pierwszego przypadku opisanego przez prelegenta: czy mianowicie w mózgu nie znaleziono zmian przy sekcyi tłumaczących porażenie, jakie w tym przypadku wystąpiło. Kol. Smoleński odpowiada, że w mózgu znaleziono tylko niedokrewność i surowicze przesiąknięcie. Kol. prof. Korczyński namienia, że w ostatnich czasach opisują przypadki, gdzie powodem porażenia połowiczego była jedynie niedokrewność mózgu. Kol. prof. Oettinger zwraca uwagę, że używanie wyrazu przełyk na oznaczenie *oesophagus* jest niewłaściwe, ponieważ dawni autorowie nazywają wszędzie *oesophagus* gardzielem i wyraz ten już został u nas do terminologii lekarskiéj przyjętym. Kol. prof. Korczyński w obszerniejszym wywodzie zastanawia się nad przypadkami opisanemi przez kol. Smoleńskiego, z których każdy odznacza się pewną niezwykłością. I tak w pierwszym przypadku zasługuje na uwagę pierwotna zakrzepica żyły zwrotnéj, co jest rzadkością. W drugim przypadku istnienie guza, o którym trudno było rozstrzygnąć, czy należy do żołądka lub do trzustki. Leube przyznaje, że w podobnych przypadkach niejednokrotnie popełnił błąd, gdyż do rozstrzygnięcia pytania, czy guz taki pochodzi z żołądka lub z trzustki, nie zawsze posłużyć może ta okoliczność, że w pierwszym razie guz się porusza wraz z żołądkiem przy ruchach oddechowych, w drugim zaś pozostaje nieruchomym. Trzeci przypadek cały jest zagadkowym. Nawet przy sekcyi nie można było rozstrzygnąć stanowczo, czy blizny znalezione w żołądku pochodziły z wrzodu lub też z otrucia jakimś płynem żrącym. Mimo znacznego zwężenia wpustu żołądkowego chora objawów niedrożności gardziela zupełnie nie okazywała ale tylko coraz mniéj przyjmowała pokarmów. Dla ostrego ropnego zapalenia otrzewny nie można było znaleść dostatecznéj przyczyny; możnaby je uważać jako nagłe zaostrzenie się sprawy chronicznéj, która około żołądka i trzustki oddawna już istniała. W końcu zwraca prof. Korczyński uwagę na to, że we wszystkich trzech przypadkach rozpoznanie kliniczne nie sprawdziło się przy sekcyi. Opisy takich właśnie przypadków są bardzo pouczające i przyczynić się najwięcéj mogą do unikania na przyszłość błędów rozpoznawczych. Kol. Kohn korzystając ze sposobności opisuje przypadek, który widział w Wiedniu, gdzie rozpoznano *cystis ovarii sinistris unilateralis* i przystąpiono do wykonania wycięcia jajnika; po rozpoczęciu rękoczynu okazało się, że chora cierpiała na zapalenie gruźlicze otrzewny otorbione. Uniknąć błędu rozpoznawczego w tym przypadku nie było można, bo wszystkie objawy przemawiały za guzem jajnika a domysł ten i nakłócie próbne potwierdziło. W płucach nie można było wykryć ani śladu gruźlicy. Przypadki tego rodzaju są nadzwyczaj rzadkie, dotychczas opisano w literaturze tylko trzy podobne.

4) Na wniosek kol. prof. Korczyńskiego postanowiono przesłać Radzie miejskiéj krakowskiéj rezolucyję téj treści, że Towarzystwo lekarskie krakowskie uznaje zaprowadzenie wodociągów a następnie i należytéj kanalizacyi w mieście za niezbędne dla poprawienia bardzo niekorzystnych warunków zdrowotnych, w jakich się Kraków dotychczas znajduje.

6) Przyjęto jednomyślnie na członków czynnych Towarzystwa Drów Szpilmana Józefa i Śliwińskiego Michała.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Skórkowski.*

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie VII. z dnia 30go kwietnia 1879 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 20.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia Przewodniczący zawiadomił, że Towarzystwo balneologiczne w Odessie w uprzejmém piśmie oświadczyło gotowość wejścia w bliższe stosunki naukowe z Komisyją balneologiczną i nadesłało swój statut, który Przewodniczący w tłumaczeniu polskiém przedkłada.

2) Dr. Ściborowski po przejrzeniu rachunków i znalezieniu takowych w zupełnéj zgodności z kwitami wnosi, ażeby Zarządowi Komisyi udzielić absolutoryjum z kwoty 31 złr. 91 kr., jako reszty pozostałéj po wystawie zdrojowéj, a zgodnie z uchwałą Komisyi na wydatki adminstracyjne Komisyi użytéj. Wniosek przyjęto.

3) Przewodniczący zdaje sprawę z kosztów wydania i rozsyłki sprawozdań z posiedzeń Komisyi baln. w roku 1878, poczém uchwalono upraszać Towarzystwo lekarskie krakowskie o poniesienie reszty kosztów wydawnictwa, do pokrycia których Komisyja baln. nie ma żadnych funduszów.

4) Tenże donosi, że Dr. Lutostański wystąpiwszy z Towarzystwa lekarskiego przestał być członkiem zwyczajnym i sekretarzem Komisyi baln. i wzywa do wyboru nowego sekretarza. Takowym wybrany został jednogłośnie Dr. Stanisław Smoleński. Na wniosek Dra Warschauera Komisyja uznając skuteczne i tylokrotnie stwierdzone prace Dra Lutostańskiego na polu balneologii i jego nieznużoną działalność w ciągu przeszło dwuletniego pełnienia obowiązków sekretarza Komisyi balneologicznéj, uchwaliła jednogłośnie zaprosić Dra Lutostańskiego jako członka nadzwyczajnego Komisyi. Wybór ten stósownie do regulaminu przedstawiony zostanie Towarzystwu lek. do zatwierdzenia.

5) Na wniosek Przewodniczącego uchwalono wystósować odezwę do zakładów zdrojowo-kąpielowych w Jaworzu i Ustroniu na Szląsku austryjackim, w Bardyjowie na Węgrzech, Goczałkowicach i Jastrzębiu na Szląsku pruskim, by starały się przez prenumerowanie kilku pism politycznych i beletrystycznych polskich, zaopatrzenie czytelni w dobór książek polskich, ustanowienie lekarzy władających językiem polskim, jak niemniéj służby mówiącéj po polsku itp. czynić zadość wymaganiom słusznym polaków, przyjeżdżających licznie do tych zdrojowisk. W odezwie téj uchwalono zwrócić uwagę Zarządów, że niewypełnienie tych życzeń mogłoby zniechęcić chorych do udawania się, a lekarzy do posyłania chorych do tychże zdrojowisk.

6) Prof. Dr. Olszewski podał skład chemiczny dziesięciu zdrojów w Krynicy, dotychczas nie badanych. Zdroje te, które prelegent nazwał od ich właścicieli lub od miejscowości, w któréj wypływają, są następujące: Sałakówka, Janówka, Zdrój Dudzika, Zdrój Oleśniewicza, Zdroj Pelawy, Zdrój Aptekarza, Zdrój Huśniaka, Zdrój w czerwonym Potoku, Zdrój przed Cerkwią i Zdrój za Cerkwią. Największą ilość składników stałych ze wszystkich zdrojów posiada Zdrój Dudzika (1·455 p. m.). Zdrój ten jest także najobfitszy pod względem ilości wody, posiada też największą ilość kwasu węglowego wolnego (1·908 p. m.) i dosyć niską ciepłotę (9° C.), Najmniéj składników stałych posiada Zdrój przed cerkwią (0·547 p. m.). Największą ilość węglanu żelazawego posiadają Zdrój Pelawy i Janówka (0·034 p. m.), najmniejszą zaś Zdrój Huśniaka (0·008 p. m.). Kwas węglowy wolny oznaczony został tylko w pięciu zdrojach; najwięcéj znaleziono takowego, jak już wspomniano, w Zdroju Dudzika a najmniéj w Zdroju Aptekarza (0·739 p. m.). Ze wszystkich zdrojów najwięcéj na uwagę zasługuje Zdrój Dudzika z powodu znacznéj obfitości wody, kwasu węglowego wolnego, składników stałych, niskiéj ciepłoty. W Zdroju Aptekarza znalazł prelegent tylko bardzo mały ślad litu. Okoliczność ta zasługuje na uwagę z tego względu, że chemik wiedeński Dr. Ryszard Godeffroy rozbierając w roku 1873 wodę z tego źródła znalazł w niéj nieprawdopodobnie wielką ilość węglanu litowego (0·031 p. m.).

7) Dr. Skórczewski odczytał uwagi nad stacyjami klimatycznemi w Meranie i Gries.

8) Przewodniczący zdał sprawę z rozprawy Dra H. Petersa „o wpływie najważniejszych czynników klimatycznych na przewlekłe choroby narządu oddechowego i na przewlekłe gośćce mięśniowe i stawowe,“ zamieszczonéj w Nrze 2 i 3 t. r. czasopisma „*Berliner klinische Wochenschrift,*“ i okazał 12 tablic fotografowanych, które odnoszą się do téjże rozprawy. Dotychczasowe wiadomości klimatologiczne są bardzo niepewne, a częstokroć nawet sprzeczne, zkąd pochodzi, że rozmaitym rodzajom klimatu przypisują korzystny wpływ na przebieg jednych i tych samych postaci chorobowych. Chcąc nadać klimatologii ściślejszą podstawę naukową trzeba znać przedewszystkiém wpływ poszczególnych czynników klimatologicznych na przebieg chorób. Wpływ ten na jednostkę dotkniętą pewną chorobą może być tylko przypadkowy, lub zmiana w stanie chorego pochodzić może od innych ubocznych warunków, nie mających żadnéj styczności z wpływami atmosferycznemi; trzeba więc poddać obserwacyi większą naraz liczbę chorych. Temi zapatrywaniami wiedziony badał Peters w zdrojowisku Ottenstein w Saksonii wpływ zmian atmosferycznych na 56 chorych z cierpieniami narządu oddechowego (przeważnie suchotemi płucnemi) i na 50 chorych ze zmianami idyjopatycznemi stawów i mięśni, a mianowicie notował skrzętnie dni, w których u poszczególnych chorych nastawało pogorszenie choroby. Jako pogorszenie uważał u chorych z cierpieniem stawów i mięśni powiększenie się bólów, zaś u chorych piersiowych pojawienie się kłucia w klatce piersiowéj, krwioplucia, uczucia ciężkości na piersi i powiększenie się kaszlu, nie zwracając uwagi na wystąpienie stanu gorączkowego lub przypadów żołądkowych, o których twierdzi, że nie mogą stać w związku ze zmianami atmosferycznemi. Wyraziwszy w odsetkach stopień pogarszania się tych chorób w pewnych dniach odnośnie do ogólnéj liczby chorych, otrzymał dwie linije krzywe, które oznaczają z dnia na dzień zachowanie się i częstość odsetkową pogorszeń w zakresie chorób narządu oddechowego i ruchowego. Z wartościami temi porównywa Peters wyniki spostrzeżeń meteorologicznych. Takowe odnoszą się do ciepłoty, wilgotności względnéj, ciśnienia powietrza, kierunku wiatru i ilości ozonu. Przy ciepłocie, wilgotności, ciśnieniu i ozonie oznaczał 1) średnią dzienną, 2) średnią z 5 dni, 3) wahanie dzienne, tj. średnią z dziennego maximum i minimum, 4) średnią z wahań 5 dni, 5) dzienne maximum, 6) dzienne minimum, 7) średnią z maximum 5 dni, 8) średnią z minimum 5 dni, i dla każdego czynnika atmosferycznego w ten sposób rozłożonego wykreślał liniję krzywą. Porównanie tych linij krzywych z linijami krzywemi pogorszeń doprowadza autora do całego szeregu spostrzeżeń, które dają się streścić w następujących dwóch końcowych wnioskach: *a)* W przewlekłych chorobach narządu oddechowego pogorszenia schodziły się ze znaczną ilością ozonu, z niższą ciepłotą atmosfery i z opadaniem średniéj ciepłoty dziennéj, ze znaczniejszą wilgotnością powietrza i przeważającemi wiatrami północnemi i zachodniemi, a polepszania z niskim stopniem ozonu, niskim stopniem wilgotności powietrza, szybkiém opadaniem średniéj względnéj wilgotności powietrza i przeważającym kierunkiem południowym wiatrów. *b)* W przewlekłych gośćcach stan chorych się pogarszał wśród znacznego opadania ciepłoty z jednego dnia na następne, wysokiego stopnia wilgotności powietrza, przeważających wiatrów zachodnich i wśród znaczniejszéj ilości ozonu w powietrzu; stan chorych nie pogarszał się w dniach z wysoką ciepłotą dzienną, z niskim stopniem wilgotności i z małą ilością ozonu. Lubo wyniki tych spostrzeżeń nie stanowią jeszcze niezachwianych pewników, prelegent uważał za stósowne przedstawić Komisyi streszczenie pracy Pe-

tersa, najpierw dlatego, że sposób badania uważa jako zasługujący na uznanie i lepszy od wszelkich poprzednich sposobów, a powtóre ponieważ sądzi, że pracami tego rodzaju powinni się zająć nasi lekarze zdrojowi, właśnie z powodu, że takowe nie wymagają wiele zachodu i dają się wykonać w ich praktyce zdrojowéj bez szpitalów zdrojowych. Ponieważ wyśledzenie wpływu czynników klimatycznych na przebieg chorób przewlekłych może przyczynić się do ustalenia wskazań dla poszczególnych naszych zakładów zdrojowych i oznaczenia najstósowniejszéj pory posyłania tamże rozmaitych chorych, przeto wnosi: „Komisyja balneologiczna uznaje za potrzebne i dla zakładów zdrojowych pożyteczne, by w zdrojowiskach, posiadających stacyje meteorologiczne, lekarze zdrojowi zajęli się badaniem wpływu czynników klimatycznych na przebieg chorób przewlekłych.“

Po dłuższéj dyskusyi, w któréj prócz prelegenta brali udział prof. Dr. Olszewski, Dr. Warschauer i Dr. Skórczewski, Komisyja balneologiczna przychyla się jednogłośnie do powyższego wniosku Przewodniczącego.

Na tém posiedzenie zamknięto. Sekr. *Dr. Smoleński.*

V. Listy z prowincyi.

I.

Jeżeli nastąpi kiedyś organizacyja sanitarna, spodziewamy się, że dzisiejsze tak niekorzystne stosunki sanitarne kraju naszego stanowczo zmienią się na lepsze. Zapewne jednak dużo czasu jeszcze upłynie, zanim reforma ta, od tylu warunków zależna, przyjdzie do skutku, a nie przesądzajmy z góry, o ile i czy w ogóle usprawiedliwi nadzieje w niéj pokładane. Nie spuszczając się jednak na nią, a rozpatrzywszy się tylko w naszych obecnych stosunkach sanitarnych, z łatwością przekonać się można, że już dziś przy zastósowaniu energicznych środków, a co najważniejsze że bez kosztów, możnaby usunąć bardzo wiele z tego złego, które przyszła reforma ma leczyć.

Jakkolwiek bowiem przyczyny tak znacznéj śmiertelności i degeneracyi ludności w Galicyi szukać należy przeważnie w ogólném zubożeniu ludu głównie przez lichwę, w braku oświaty, w demoralizacyi przez pijaństwo, a w razie choroby w braku należytéj pomocy lekarskiéj, czyli raczéj w nieucieknaniu się do niéj: to jednakże tam, gdzie jaka pomoc w chorobie jest poszukiwaną, bardzo wiele położyć trzeba na karb najniestósowniejszego a często wprost zgubnego leczenia. Historyja to codzienna, że lekarz prowincyjonalny, a zatém stykający się z ludem, przyczyniającym się przecież głównie do naszéj niekorzystnéj cyfry statystyki sanitarnéj, wezwany do wieśniaka uważać to musi za wyjątek, jeżeli u tegoż nie znajdzie świeżych śladów puszczenia krwi, lub przynajmniéj nie kilku ale kilkudziesięciu pijawek. Jak taka terapija wpływa na stan zdrowia, w obec faktu, że lud nasz bez żadnego powodu często i kilka razy rocznie krwią szafuje, nie trudno sobie wyobrazić; czegoż jednak spodziewać się, gdy się ją widzi zastósowaną np. w durze, błonicy, charłactwie jakiémś itd. Inicyjatorami i wykonawcami tego morderczego sposobu leczenia są cyrulicy, a rzemiosło to jest tak intratne, że zastęp tych ludzi krwi pożądliwych z każdym dniem się zwiększa; każde miasteczko, w którém lekarz nawet skromnie utrzymać się nie jest w stanie, ma po kilku cyrulików praktykujących albo w miejscu, albo robiących wycieczki po wsiach, a ciągnących z tego nie małe zyski. Każdy z takich cyrulików, uzyskawszy u rabina wyłączny przywilej na pewne terytoryjum, praktykuje w nim bez konkurencyi. W miasteczkach naszych z ludnością może nieco ogładzoną, ale od ludu nie wiele światlejszą, stosunki sanitarne wcale się lepiéj nie przedstawiają. I tu cyrulik, mając sobie powierzoną pieczę nad brodą ojca rodziny, w chorobie jest często wyłącznym terapeutą, a przynajmniéj w początkach cierpienia. Krwawa terapija jest przeto na porządku dziennym i przy najmniejszéj sposobności, jeżeli kogo głowa zaboli, cyrulik stawia pijawki dla przerwania grożącego według niego zapalenia mózgu; w ten sam sposób zapobiega innym zapaleniom, błonicy itd. Posiada własną aptekę złożoną z maści w różnych kolorach, z proszków swéj kompozycyi, w których cegła tarta ważną odgrywa rolę, rozporządza jednak i dzielnemi środkami, których wszędzie z łatwością nabyć może. Lapisuje migdałki, wykonywa operacyje, opatruje u siebie chorych, ale wyjeżdża i na wieś, gdzie nawet perkutuje i auskultuje, w ogóle występuje w roli lekarza z tą tylko chyba różnicą, że nie figuruje w wykazach, któreby w takim razie najlepiéj okazały, że na brak „lekarzy“ wcale się skarżyć nie powinniśmy. Zarzuci może ktoś, że jest obowiązkiem lekarza kłaść tamę tego rodzaju szalbierczym praktykom, dla chorych wprost zgubnym, lub przynajmniéj odwodzącym ich od szukania rzeczywistéj pomocy; dziś jednak gdy złe jest powszechném, przez ciemnotę popieraném i dotąd nie tamowaném, wszelkie odosobnione starania lekarza na nic się nie przydadzą. Przeciwnie zdarza się niejednokrotnie, że lekarz, wbrew zasadom nauki i swego przekonania, widzi się zmuszonym zgodzić na zarządzoną już lub choremu poleconą krwawą terapiję cyrulika, nie chcąc narazić się na zarzuty w razie niepomyślnego przebiegu choroby, przez familiję nieszczędzane a przez zawiedzionego w zarobku cyrulika powiększane. Udanie się na drogę sądową przy braku ściśle określonéj ustawy nie prowadzi zwykle do żadnego rezultatu, co najwięcéj cyrulik skazanym zostaje na kilka dni aresztu, aby po odsiedzeniu kary oddawać się daléj swemu rzemiosłu i zemścić się na skarżącym. Używa tedy wszelkich sposobów, aby od tego lekarza odstręczyć pacyjentów, za pomocą swych pomocników nie dopuszcza ich do niego, a w razie jeżeli chory lub jego otoczenie koniecznie żąda lekarza, poleci kogo innego. Zachodzi przeto konieczna potrzeba wydania surowéj specyjalnéj ustawy i to nie na wzór dotychczasowych, w wykonanie nigdy nie wchodzących, ale popartéj energicznie w przeprowadzeniu, bo tylko w ten sposób kładąc tamę szalbierstwu pod niewinną firmą balwierstwa wybujałemu, zrobi się ważny krok naprzód w sprawie polepszenia naszych stosunków sanitarnych.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu maja 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem kwietnia	przybyło	z tych: wyzdrowiało	z tych: umarło	pozostało w leczeniu: chorych	pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	20	34494	26	221	170	41	36	9
Odra	99	106359	958	4416	3828	280	1266	52
Płonica	7	7197	30	45	50	12	13	1
Błonica	18	24655	13	272	95	155	35	7
Dur brzusz.	38	41534	148	520	421	65	182	23
Dur osutkow.	41	49911	253	439	498	50	144	18
Krztusiec	20	19446	120	943	451	78	534	13
Mening. cerebro spinalis	1	7000	—	12	5	2	5	1

Ospa panowała głównie w powiecie gorlickim i bocheńskim (po 6 gmin), wygasła w gorlickim z końcem miesiąca, gdy w bocheńskim jeszcze 30 chorych pozostało. W Nowym Sączu

trwa dotąd i umarło w maju 4 osoby. W powiecie wielickim, krakowskim i brzeskim zdarzają się pojedyncze przypadki.

Odra panowała w 99ciu gminach a 30 powiatach, głównie w brzozowskim (12 gmin), w rohatyńskim (11 gmin), rzeszowskim (8 gmin), i żydaczowskim (7 gmin). W ogóle w ciągu maja przybyło chorych na odrę więcéj o 300 niż w ciągu kwietnia, lecz śmiertelność była mniejszą.

Płonica panowała w 7miu powiatach, w każdym w jednéj gminie, pozóstała tylko w jednéj gminie.

Błonica umniejszała się w kwietniu znacznie, w ciągu zaś maja wystąpiła świeżo w 14tu gminach z znaczną śmiertelnością (54%, gdy w kwietniu tylko 35%), głównie w powiecie stryjskim, zaleszczyckim, kołomyjskim i kałuskim, zatém jak dotąd w tych samych powiatach.

Dur brzuszny w grodeckim i przemyskim głównie (po 5 gmin); śmiertelność prawie 10%.

Dur osutkowy w maju wystąpił w mniejszych rozmiarach jak w kwietniu, mniéj osób zachorowało i śmiertelność była nieco mniejszą (7·7% w kwietniu, 7·3% w maju). Głównie w skałackim, bialskim, dolińskim i stryjskim.

Krztusiec głównie w żydaczowskim, tłumackim i rudeckim, w rozmiarach równych jak w kwietniu, lecz z większą nieco śmiertelnością.

W Chrzanowie pojawiła się epidemija *mening. cerebrospinalis*). *Dr. Merunowicz.*

(M) Wyciąg z protokółu posiedzenia c. k. krajowéj Rady zdrowia z dnia 16 maja 1879.

Uchwalono oświadczyć się przeciw nadaniu koncesyi lekarzowi B. z Stanisławowa na otwarcie zakładu hydropatycznego w łazienkach rzymskich tamże.

Dr. Czyżewicz odczytał obszerne spruwozdanie o stosunkach sanitarnych w Galicyi za rok 1877, poczém uchwalono prócz nieuwzględnionych z lat poprzednich wniosków: o potrzebie zaprowadzenia lekarzy gminnych, o potrzebie wskrzeszenia domu podrzutków, utworzeniu wydziału lekarskiego we Lwowie i szkoły weterynaryi w kraju obok zwiększenia liczby stałych weterynarzy rządowych, daléj potrzeby tworzenia płatnych posad akuszerek gminnych, pomnożenia zakładów obłąkanych lub powiększenia istniejących, utworzenia krajowego zakładu głuchoniemych i zakładów położnic, wreszcie o potrzebie zmniejszenia ilości świąt i odpustów i wprowadzenie (w myśl ustawy z r. 1870) w życie peryjodycznych objazdów lekarzy powiatowych w własnym powiecie, nadto uchwalono jeszcze następujące nowe wnioski: należy ze względu na niestosunkowo małą ilość obserwowanych chorób nagminnych w obec ilości przypadków śmierci na też choroby w kraju wykazane wezwać c. k. starostwa do dokładniejszego przestrzegania ustaw sanitarnych o chorobach nagminnych; toż samo należy wezwać c. k. sądy do dokładniejszego badania wielu niewyjaśnionych przyczyn przypadków śmierci gwałtownéj, a więc pod względem karno-sądowym zawsze podejrzanych, przy których tylko sekcyja sądowa sprawdzić może, czy zaszedł czyn zbrodniczy lub też przypadek; w końcu należy zwrócić uwagę wys. c. k. Ministerstwa rolnictwa na wykazane usterki w administracyi zakładu zdrojowego w Krynicy, oraz na wnioski c. k. Rady zdrowia przedłożone temu wys. c. k. Ministerstwu na jego własne żądanie w memoryjale jeszcze w styczniu r. 1875 podanym.

* Na posiedzeniu rady m. Krakowa z d. 5 bm. radzca m. prof. Korczyński przedstawił wniosek Komisyi sanitarnéj miejskiéj treści następującéj:

Ustęp 3ci uchwały rady miasta z dnia 23go grudnia 1875 r, stanowiącéj o składzie i zakresie działania Komisyi sanitarnéj, który brzmi: „Komisyja sanitarna składa się“ *a)* z radców miejskich lekarzy do sekcyi Vtéj należących, *b)* z delegata wybieranego corocznie przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, *c)* z pięciu członków z po za rady miejskiéj z pośród osób poświęcających się specyjalnie pewnym gałęziom higijeny, na przedstawienie sekcyi Vtéj co rok przez radę miasta wybieranych, a w szczególności z jednego chemika, dwóch higijenistów, jednego lekarza szpitalnego i jednego weterynarza jako członków zwyczajnych.“

zmienia się i ma brzmieć:

„Komisyja sanitarna składa się: *a)* z czterech Radców miejskich należacych do sekcyi Vtéj i przez takową do tego wydelegowanych, *b)* (pozostaje bez zmiany), *c)* z pięciu członków poświęcających się pewnym zawodom mającym związek z policyją zdrowia na przedstawienie sekcyi Vtéj na 3 lata przez Radę miasta wybieranych.“

Wniosek ten Rada miasta przyjęła bez rozpraw.

* **Wiedeń.** W miejsce proff. Rokitańskiego i Schroffa członkami najwyższéj Rady zdrowia mają być mianowani proff. Langer i Vogel.

Statystyka epidemij. Ospa wzmogła się w Londynie, umarło 17 (poprzedniego tygodnia 7); w szpitalach leczy się 223; świeżo zachorowało 49. Mniéj umarło we Wiedniu 7, w Paryżu 20, w Petersburgu 29; więcéj w Budapeszcie 14. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Odessie po 1, w Petersburgu 5, w Tryjeście wydarzył się 1 przypadek śmierci z choleryny.

Ospa złagodniała w Londynie, umarło 8 (poprzedn. tyg. 17). W szpitalach leczy się 214, świeżo zapadło 44. I w Budapeszcie ospa złagodniała; umarło 6 (poprzedn. tyg. 14); w Wiedniu nie zmieniła się (umarło 7). W Paryżu umarło nieco więcéj (31) a w Petersburgu (40). W Barcelonie umarło 5, w Genewie 3, w Pradze i w Warszawie po 2. Odra zabrała więcéj ofiar w Budapeszcie i Paryżu, cierpienia dławcowe nieco są lżejsze Z duru osutkowego umarło w Bukareszcie 1, w Londynie 2, w Petersburgu 5.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 22 (od 25 do 31 maja) umarło w Krakowie osób 24; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 22,1; we Lwowie 32,4; w Wiedniu 32,9; w Budapeszcie 41,2; w Pradze 41,8; w Tryjeście 30,4; w Berlinie 27,1; w Monachijum 45,0; Wrocławiu 37,9; w Dreźnie 27,1; w Bazylei 16,5; w Brukseli 26,6; w Paryżu 27,0; w Londynie 26,0; w Chrystyjanii 12,9; w Petersburgu 44,3; w Bukareszcie 27,0. W tymże czasie nie umarł w Krakowie nikt z choroby zakaźnéj. W tygodniu 23 doniesiono o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 2 duru brzusznego (z ul. Szerokiéj L. 231 i Szpitalnéj); 1 duru osutkowego (z Czyżyn); 3 ospianki (z ul. Wolskiéj L. 102, z ul. Straszewskiego L. 9, z ul. Wiślnéj L. 176); 2 dławca (z Kleparza). *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 13 czerwca. W chwili zamknięcia tygodnika otrzymujemy z Wiednia okólnik Wydziału stowarzyszeń lek. austr. w sprawie zbliżających się wyborów do Rady państwa. Okólnik wykazuje smutne warunki, w których znajdują się w Austryi sprawy tyczące się organizacyi i administracyi sanitarnéj, dowodzi, że przyczyną złego jest brak dostatecznéj reprezentacyi lekarskiéj w Radzie państwa i wzywa do agitacyi ze strony lekarzy, aby umożebnić wybór zdolnych reprezentantów zawodowych. Święta to prawda, ale uderza, dla czego Wydział sam nie zajmuje się tą sprawą, skoro przecież nie jest obarczony żadnemi czynnościami, a odwołanie się do jednostek przypomina nam hasło *„sauve qui peut“*, które się wydaje, jeżeli się ma rzecz za przegraną. Zresztą do kwestyi téj powrócimy jeszcze.

* Z Wiednia dochodzą nas niepokojące wieści o stanie zdrowia Dra Skody, który przyszedłszy do siebie po zeszłorocznéj ciężkiéj chorobie brał do niedawna udział w posiedzeniach Akademii Umiejętn. i towarzystwa lekarskiego, a przed kilku dniami nagle zaniemógł śród objawów groźnych, zwłaszcza w wieku sędziwym. (Józef Skoda urodził się dnia 10 grudnia 1805 r. w Pilznie w Czechach, liczy zatém lat 74). Tak dzienniki lekarskie jako i polityczne podają biuletyny o biegu choroby wielce zasłużonego męża.

* W Cieplicach czeskich do dn. 8 bm. bawiło gości 1683.

* Krakowianin Dr. Maksym. Gumplowicz, członek koresp. naszego Towarzystwa lek., znany z prac swoich, ogłoszonych dawniéj w tygodniku naszym, a którego nową pracę niezadługo ogłosimy, kieruje obecnie zakładem wodoleczniczym w Priessnitzthal pod Wiedniem. Zakład ten, jak mieliśmy sposobność przekonania się, wzorowo jest urządzony a pozostając pod kierownictwem lekarza umiejętnie wykształconego daje należytą rękojmię, że chorzy znajdą odpowiednią pomoc i opiekę.

* W Pradze czeskiéj wyszedł pierwszy tom wielkiego dzieła zbiorowego „patologii i terapii“ (na kształt dzieła Ziems-

sena) w języku czeskim, obejmujący 1025 stronnic dużéj 8ki, pod redakcyją prof. Eiselta. Pięćdziesięciu lekarzy składa się na wielkie to dzieło, a pomiędzy nimi znachodzą się znani zaszczytnie w piśmiennictwie: proff. Duchek, Chvostek, Hofmann, Dr. Nedopil we Wiedniu, prof. Albert w Insbruku, Lambl w Warszawie, Streng w Pradze itd. Dzieło tak wielkich rozmiarów, oryginalnie opracowane, świadczy o wielkiéj żywotności narodu liczebnie tak małego.

* **Warszawa**. Dn. 8 bm. lekarze pp. Z. Kramsztyk i T. Heimann mieli sobie jednomyślnie przyznane stopnie doktorów medycyny, pierwszy po obronie rozprawy p. t. „Choroby oczne przy białaczce“, drugi rozprawy p. t. „O wpływie pilokarpiny na krążenie krwi i wydzielanie potu.“

* **Londyn**. Indyjanin Dr. Rustomjee Naserwanjee Khory napisał w języku angielskim dzieło o praktyce lekarskiéj z rysem krótkim historyi medycyny i środków lekarskich indyjskich. Dzieło to obszerne (1056 str.) wyszło w Londynie u Smitha, Eldera et Co.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Karol Cessner otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj kl. a prof. Antoni Frisch oraz docent G. Jurié we Wiedniu otrzymali krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa, a docent Winternitz wyraz uznania cesarskiego. — Prof. Mihalkovics wybrany został członkiem koresp. węgierskiéj akademii umiejętn. — Proff. Arnold, Lucae, Dohrn i Mannkopf w Marburgu otrzymali order orła czerwonego 4téj kl. — Zoolog Siebold w Monachijum został mianowany kawalerem orderu pour le mérite (jak wiadomo, jest to najwyższy zaszczyt dla uczonych w Niemczech).

* **Nekrologija**. Zmarły niedawno Prof. Piorry urodził się w r. 1794; w 19tym roku życia jako słuchacz medycyny już służył w armii francuskiéj walczącéj w Hiszpanii; powróciwszy do kraju ubiegał się o rozmaite posady, aż w r. 1840 mianowany został prof. patologii lek., a w r. 1851 objął kierownictwo kliniki lekarskiéj. Pomimo sędziwego wieku do ostatniéj chwili życia brał udział w rozprawach akademii lek. Dzieła jego lekarskie są powszechnie znane; nadto pisywał rozprawy treści filozoficznéj a nawet dość udatne wiersze.

W Luneville umarł chirurg Castara, a w Bordeaux Auzouy, lekarz naczelny zakładu dla obłąkanych i docent chorób umysłowych.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 23: Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 23: Mieczkowskiego: Postrzeżenia z praktyki lek. u wód min. w Ciechocinku z r. 1878 (c. d.); Heringa: O operacyi polipów krtąni (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Z. KRAMSZTYK (w Warszawie): Optometryja objektywna. (Osobne odbicie z Pam. T. N. ścisłych w Paryżu T. XI. 1878) in 4to str. 46 z rycinami. (Sprawozdanie z tego dzieła dla braku miejsca odłożyć musimy do numeru następnego).

A. v. SENDYKOWSKI: Uiber die abnorm lange Dauer der Graviditát. Inaugural-Dissertation. Würzburg 1879, in 8vo str. 54. (Z pracy téj dedykowanéj Towarzystwu naukowemu dla Prus zachodnich zdamy sprawę niezadługo).

Dra Hub. KRASIŃSKIEGO: Gawędy naukowe o warszawskiéj wodzie do picia (w Nrach 120. 122—124 Wieku z rb.)

Dra J. SCHORR (we Lwowie): Heisses Wasser als Haemostaticum bei Metrorrhagieen, (osobne odbicie z *Allg. Wien. med. Ztg.* 1879, Nr. 8) in 8vo str. 4.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 18 czerwca o godz. 5 popoł. posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) Kol. Obaliński przedstawi chorego ze swego oddziału; 2) kol. Kohn mówić będzie o leczeniu śródmaciczném i różnicy oddziaływania macicy.

Sprostowanie. W Nrze 23 Przegl. Lek. str. 281, szpalcie 1éj wiersz 8 i 9 od góry powinno być zamiast „szaro-żółte“ szaro-żółtą, zamiast „dające“ dającą; na str. 283, szpalcie 1éj wiersz 20 od dołu, powinno być zamiast „luźnie“ licznie.

Do Nru dzisiejszego dołącza się ogłoszenie Miejskiéj dyrekcyi zakładu kąpielowego w Wiesbadenie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

BADEN obok Wiednia

HENRYK BLUMENFELD

Doktór wszech nauk lekarskich

ordynuje jak w latach poprzednich jako lekarz kąpielowy w języku polskim. Mieszka Wassergasse 41.

W SZCZAWNICY

Dr. Aleksander KRYDA

lekarz chorób piersiowych i trzewiowych ordynuje chorym tam na kuracyję przybyłym.

W własnych domach ma 38 pokoi dla gości kąpielowych do wynajęcia po bardzo umiarkowanych cenach.

Mattoniego

KRÓLEWSKA WODA GORZKA MIASTA BUDY

najlepszy i najpewniejszy środek przeciw nawykowemu zaparciu stolca i wszystkim z tego wynikającym chorobom **bez jakichkolwiek złych następstw** nawet po dłuższém użyciu.

Wodę gorzką miasta Budy można tedy używać:
1) **W chorobach brzusznych** powstających przez nawały i nadmiar krwi w trzewiach brzusznych w nawałach do wątroby i śledziony, gruczołów brzusznych, i w żyle złotéj. — 2) We wszelkich cierpieniach sprawianych przez leniwy stolec i podtrzymywanych. — 3) **W bólach głowy w skutek nawału krwi** w zawrotach, biciu serca i w trudném oddechaniu. — 4) W dnie. — 5) W nieżytach macicy powstałych przez nawykowe zaparcie stolca i w zapaleniu macicy.—Używa się najpierw średniéj szklanki a później zwiększa się ilość do 2 i 3 szklanek.

Dr. Freinreisz. starszy fizyk m. Budy — Dr. Karol Torma, starszy fizyk m. Peszttu i Dyr. powsz. miej. szpitala św. Rocha.

MATTONI i WILLE

c. k. Dostawcy dworu austr.

Właściciele 6 połączonych zdrojów wody gorzkiéj w Budzie.

Buda-Peszt, Dorotheagasse 6.

GIESSHUBELSKA

Najczystsza szczawa alkaliczna

wybornéj skuteczności w **chorobach dróg oddechowych, żołądka i pęcherza** szczególniéj zalecana z mlekiem, cukrem lub winem jako **najświetniejszy napój orzeźwiający** we wszystkich porach dnia. Rozsełka w oryginalnych flaszkach szklanych.

Gieshübelskie pastelki digestives i pectorales.

przeciw chorobom żołądka i kaszlom.

Henryk Mattoni

c. k. Dostawca dworu, KARLSBAD w Czechach.

KAISER-QUELSALZ (Sel purgatif)

łagodnie rozwalniający środek w nawykowém zaparciu stolca po długotrwałych chorobach żołądka, wątroby i kiszek.
Kaiserquelle we flaszkach po $^3/_4$ litra.

Ług borowinowo-żelazny (płynny wyciąg borowinowy)

Sól borowinowa żelazna (suchy wyciąg borowiny).

Wygodne i zupełne zastępno **kąpieli mineralno-borowinowych** także jako samoistny środek leczniczy znakomicie działający i **do użycia w domu i w zakładach kąpielowych** szczególniéj się nadający.

Borowina żelazno-mineralna do kąpieli i okładów.

MATTONI i SPÓŁKA

c. k. Dostarczyciele dworu z Franzensbadu w Czechach.

Przepisy leczenia i broszury gratis.

Własny skład: Wiedeń Maximilianstrasse 5 i Tuchlauben 14.

Składy we wszystkich większych handlach wód mineralnych w kraju i za granicą.

Pepton.

Otrzymany drogą sztucznego trawienia z dobrego mięsa wołowego holenderskiego za pomocą trzustki wołowéj jest to więc mięso (równie jak i chleb) w sposób sztuczny tak przyprawione, jak to się dzieje w ustroju.

Wszystkie nasze przetwory peptonowe odznaczają się tém, że zawierają bardzo dużo szczerego peptonu, a zresztą nie zawierają żadnych takich ciał, któreby dopiero musiały ulegać trawieniu.

Fabryka nasza dostarcza: Czystego peptonu mięsnego, czystego peptonu z chlebem, peptonu mięsnego z chlebem, peptonu mięsnego z czekoladą, peptonu mięsnego z sokiem malinowym. Wszystkie peptony zawarte w puszkach blaszanych szczelnie zamkniętych w ilości $^1/_4$ kilo, konserwują się dobrze przez lat kilka, a nawet po otwarciu puszki przetwory te przez czas dłuższy w jakiejkolwiek ciepłocie dobrze się utrzymują.

Dostarczamy również czystego peptonu mięsnego w formie stałéj.

Cena jednéj puszki przetworów powyżéj wymienionych wynosi 1 złr. 65 cent.

Dla kupców biorących od 1—11 puszek liczymy 1 puszkę po 1 złr. 30 cent.

Dla kupców biorących 12—99 puszek liczymy 1 puszkę po 1 złr. 20 cent.

Dla kupców biorących en gros (powyżéj 100 puszek) osobne warunki. Przy zamówieniach poniżéj 100 puszek prosimy udawać się wyłącznie do naszego zastępcy dla Austryi *Pana Piotra Mikolascha* we Lwowie.

Dr. H. Sanders & Co.

Amsterdam, Brouwersgracht 209.

N. B. Upraszamy bardzo o odróżnienie naszych przetworów od peptonów w ostatnich czasach w handlu rozpowszechnionych, które jednak pomimo nazwy **nie zawierają żadnego peptonu** tylko są białkiem rozpuszczonym.

WODY MINERALNE

Do handlu korzennego, win, likierów i łakoci

„pod Palmą“ Rynek główny L. 41.

ANTONIEGO HAWEŁKI

W KRAKOWIE

nadeszły wszelkie

WODY MINERALNE

krajowe i zagraniczne

ze świeżego czerpania.

WODY MINERALNE

TRUSKAWIEC.

Zakład zdrojowy

został otwartym dnia 25. maja 1879.

Kąpiele słono-siarczane i żelazisto-słono-siarczano-szlamowe, słono-alkaliczne zdroje rozrzedzające do picia — Zdrój, zwany naftowym, znany ze swéj skuteczności. Żętyca owcza, zapas wód lekarskich obcych, restauracyje i cukiernia.

Odległość zakładu od stacyi kolejowéj Drohobycz 1 mila. Na dworcu znajdują się podwody wszelkiego rodzaju; zarząd przyjmuje także zamówienia na takowe. — Apteka, urząd pocztowy i telegraficzny w miejscu.

Lekarz zakładu Dr. Z. RIEGER, krajowy radca zdrowia.

Zamówienia na pomieszkania mogą być o tyle uwzględniane, o ile dołączony zadatek ubezpiecza czas najmu.

Franciszek Kral.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign Stelcla.